Ano 2021

Bianca Nunes Pimentel
(Organizadora)

INTERSECÇÕES ENTRE SAÚDE, EDUCAÇÃO E DIREITOS HUMANOS:

Da pesquisa às políticas públicas

Ano 2021

Bianca Nunes Pimentel
(Organizadora)

INTERSECCÇÕES ENTRE SAÚDE, EDUCAÇÃO E DIREITOS HUMANOS:

Da pesquisa às políticas públicas

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Camila Alves de Cremo
Daphynny Pamplona
Gabriel Motomu Teshima
Luiza Alves Batista
Natália Sandrini de Azevedo
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Ano 2021

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Intersecções entre saúde, educação e direitos humanos: da pesquisa às políticas públicas

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Bianca Nunes Pimentel

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

I61 Intersecções entre saúde, educação e direitos humanos: da pesquisa às políticas públicas / Organizadora Bianca Nunes Pimentel. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-626-0
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.260212211

1. Saúde. 2. Educação. 3. Direitos humanos. I. Bianca Nunes Pimentel (Organizadora). II. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

APRESENTAÇÃO

Toda pessoa tem direito à saúde e à educação, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. No entanto, esses direitos, essenciais à manutenção da vida e bem-estar, ainda são motivos de lutas constantes. No Brasil, não é diferente, apesar da saúde e da educação estarem como um direito social na Constituição Federal de 1988, constantemente são relativizadas entre imposições ideológicas e interesses corporativos.

A relação entre os setores da Educação e da Saúde é histórica. Unificados até meados de 1950, pelo Ministério da Educação e Saúde, possuíam afinidades no campo das políticas públicas, baseadas na universalização dos direitos fundamentais. A separação desses setores proporcionou autonomia institucional, porém os espaços de aprendizagem passaram a ser vistos em um paradigma biológico e de medicalização.

Considerando a necessidade de ampliar as discussões sobre a qualidade das ações interdisciplinares, a obra "Intersecções entre Saúde, Educação e Direitos Humanos: da Pesquisa às Políticas Públicas", reúne pesquisas que evidenciam estudos teóricos e práticas relacionadas às Políticas Públicas Intersetoriais, bem como pesquisas recentes em direito à saúde e à educação, saúde nos diferentes ciclos da vida, formação profissional para a saúde, Direito Material do Trabalho e atualidades em saúde, e demais convergências entre saúde, educação e Direitos Humanos, visando a superação dos desafios que se apresentam.

Como esta é uma obra construída por muitas mãos, expresso meu profundo reconhecimento e gratidão aos trabalhadores, professores, pesquisadores e acadêmicos de diversas instituições de ensino e pesquisa do país que, generosamente, compartilharam seus estudos compilados neste livro, bem como meu sincero agradecimento à Atena Editora por disponibilizar sua equipe e plataforma para o enriquecimento da divulgação científica brasileira.

Boa leitura!

Bianca Nunes Pimentel

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

O ABANDONO INFANTOJUVENIL, OS DIREITOS HUMANOS E O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Data de aceite: 01/11/2021
Data de submissão: 10/08/2021

Bruno Almeida Albertini
Universidade Católica Dom Bosco
Campo Grande - Mato Grosso do Sul
http://lattes.cnpq.br/5705499150182002

Heitor Romero Marques
Universidade Católica Dom Bosco
Campo Grande - Mato Grosso do Sul
http://lattes.cnpq.br/6681173217974714
http://orcid.org/0000-0003-0093-1617

RESUMO: O presente estudo, integrante do projeto DIREITOS HUMANOS EM CAMPO GRANDE E A INTERSUBJETIVIDADE EM TERMOS DA ÉTICA E DA ALTERIDADE: UM ESTUDO JURÍDICO-FILOSÓFICO E EDUCACIONAL (DHIEA), apresenta os resultados de uma pesquisa que analisou a problemática do abandono infantojuvenil sob uma perspectiva legal-humanista, por meio dos direitos humanos e o Estatuto da Criança e do Adolescente. Neste contexto, busca-se, primeiramente, definir o conceito de abandono analisado por este projeto científico, para então compreender o posicionamento do ordenamento jurídico brasileiro frente a esse cenário contemporâneo problemático, no qual o abandono infantojuvenil merece ainda mais atenção da sociedade e do Estado. Foram empregados como recursos a revisão bibliográfica, o método de abordagem hipotético-dedutivo e a observação assistemática, com enfoque em uma análise horizontal e interdisciplinar. Os resultados evidenciaram que o Direito nacional se porta de forma robusta, por meio de um aparato jurídico-estatal bem estabelecido, que apresenta propostas capazes de serem executadas e garantir a defesa de direitos fundamentais do menor incapaz, mas ainda pode progredir frente à problemática como um todo, gerando espaço para novas medidas e pesquisas mais aprofundadas sobre o tema, ainda não debatido pela população e pouco explorado no ambiente científico.

PALAVRAS-CHAVE: Infantojuvenil. Direitos Humanos. Estatuto da Criança e do Adolescente.

CHILD AND TEENAGE ABANDONMENT, HUMAN RIGHTS AND “ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE”

ABSTRACT: This study, part of the Project DIREITOS HUMANOS EM CAMPO GRANDE E A INTERSUBJETIVIDADE EM TERMOS DA ÉTICA E DA ALTERIDADE: UM ESTUDO JURÍDICO-FILOSÓFICO E EDUCACIONAL (DHIEA), presents the results of a research that analyzed the problem of child and teenage abandonment under a legal-humanist perspective, through human rights and the Child and Adolescent Statute. In this context, we seek, firstly, to define the concept of abandonment analyzed by this scientific project, and then to understand the position of the Brazilian legal system in view of this problematic contemporary scenario, in which child and youth abandonment deserves even more attention from society and the State. The bibliographical review, the hypothetical-deductive approach method and the unsystematic observation were used as

resources, with a focus on a horizontal and interdisciplinary analysis. The results showed that national law behaves in a robust way, through a well-established legal and state apparatus, which presents proposals capable of being implemented and guaranteeing the defense of fundamental rights of the incapable minor, but it can still make progress in the face of the problem as as a whole, creating space for new measures and more in-depth research on the topic, which has not yet been debated by the population and has been less explored in the scientific environment.
KEYWORDS: Children and Teenagers. Human Rights. Estatuto da Criança e do Adolescente.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o intuito de analisar o problema social do abandono infantojuvenil, este que se destaca pela gravidade de suas consequências para o bem comum e demanda especial atenção da sociedade e do Estado, visto que, diante do cenário atual, persiste como uma problemática parcialmente negligenciada pela nação. Esta mazela contraria uma série de previsões legais nacionais, que abarca direitos humanos fundamentais, deflagrando um possível antagonismo entre direito positivado e direito concretizado.

Frente a esse cenário, busca-se compreender como o ordenamento jurídico nacional trata o abandono do menor, levando-se em conta principalmente o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - disposto pela Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, o ordenamento jurídico brasileiro e os direitos humanos como um todo, em uma perspectiva humanista.

Seguindo esta ideia, é de suma importância compreender como o Estado brasileiro se posiciona em relação à problemática, através de suas leis e instituições, de forma a concretizar na realidade do cotidiano nacional o que já se encontra resguardado em instrumentos jurídicos. Assim como é fundamental apreender o que se entende como o abandono analisado neste projeto científico.

Diante o exposto, torna-se essencial apreender o que se entende com o abandono analisado neste projeto científico, assim como este se manifesta na nação brasileira. Ademais, buscou-se analisar a problemática do abandono infantojuvenil também por meio do Código Penal e a abordagem hipotético-dedutiva. Alterações estas realizadas com o objetivo de desenvolver e ampliar os resultados do plano de trabalho.

DESENVOLVIMENTO

O abandono infantojuvenil

O abandono infantojuvenil, comumente entendido como a falta de amparo ou de assistência ao menor, é tratado neste estudo como o abandono da criança, ou seja, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e do adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade, tal como dispõe o artigo 2º do ECA.

Essa problemática pode ter causas mais variadas dentro da realidade brasileira, como por exemplo, morte dos pais, negligência, situação de vulnerabilidade social, uso de drogas pelos responsáveis, desestruturação familiar e outras menos frequentes. Contudo, independentemente da causa que motiva o abandono, é de grande relevância analisar que este também pode ser visto como uma forma de violência e violação a direitos fundamentais, já que interfere diretamente o desenvolvimento do menor como pessoa e como cidadão detentor de direitos dentro de uma sociedade, como preceituam a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o ECA.

Nesta esteira, vale invocar a lição de Deslandes, Assis e Santos (2005, p. 44), de que toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos ao desenvolvimento integral da criança pode ser classificada como violência. A partir deste raciocínio, é possível analisar este problema social aqui tratado com mais objetividade. De forma mais ampla, lecionam Silva, Alves e Araújo (2012, p.1), afirmando que:

> O abandono é visto como uma forma grave de descuido, que aponta para o rompimento de um vínculo apropriado dos pais para com os seus filhos, submetendo as vítimas de abandono a sofrimentos físicos e psicológicos, sendo contrárias às leis do estatuto da criança e do adolescente que garante a toda criança condições dignas de vida, explicitando especialmente o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade.

Em vista do acima exposto, passa-se a visualizar a problemática do abandono infantojuvenil como a falta de assistência ao menor que gera quebra de direitos, afetando o desenvolvimento do indivíduo como ser humano em diferentes aspectos e graus, e que, como um todo, em última instância prejudica a sociedade, de forma significativa, também em distintos aspectos.

O abandono infantojuvenil ainda favorece a vivência de outras formas de violência intrafamiliar, uma vez que estruturas familiares fragilizadas encontram-se diretamente relacionadas a situações de negligência, privações, conflitos verbais, agressões físicas e abuso sexual (MAGALHÃES, 2017), evidenciando a magnitude desta questão social. Em outros termos pode-se afirmar que o abandono infantojuvenil resulta numa cadeia infinita de novas modalidades de abandono, que em última instância resulta numa complexidade de problemas sociais, que tendem, por sua natureza, à multiplicação.

A proteção à criança no sistema jurídico brasileiro

A Constituição Federal de 1988 oferece especial proteção à criança, ao adolescente e ao jovem, notadamente em seu artigo 227, que impõe à família, à sociedade e ao Estado que lhe seja assegurada, com absoluta prioridade, o direito, dentre outros, à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à dignidade e à convivência familiar e comunitária, devendo ser colocado a salvo de toda forma de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão.

Dessa prescrição da Carta Magna de 1988 e a partir de uma interpretação ampla

do ordenamento jurídico brasileiro, extraiu-se o entendimento doutrinário da Teoria da Proteção Integral que, como bem descrita por Custodio (2008), estabeleceu-se como necessário pressuposto para a compreensão do Direito da Criança e do Adolescente no Brasil contemporâneo, agasalhando de modo específico os direitos fundamentais dos menores. Essa questão, seguindo-se as lições de Cury (2008, p.36):

> Deve-se entender a proteção integral como o conjunto de direitos que são próprios apenas dos cidadãos imaturos; estes direitos, diferentemente daqueles fundamentais reconhecidos a todos os cidadãos, concretizam-se em pretensões nem tanto em relação a um comportamento negativo (abster-se da violação daqueles direitos) quanto a um comportamento positivo por parte da autoridade pública e dos outros cidadãos, de regra dos adultos encarregados de assegurar esta proteção especial. Em força da proteção integral, crianças e adolescentes têm o direito de que os adultos façam coisas em favor deles.

Dentro deste paradigma da proteção integral, o ECA, por sua vez, além de espelhar as mesmas garantias, também detalhou procedimentos estatais importantes para sua realização, naquilo que é conhecido como rede de assistência à infância e à adolescência.

Analisando como um esforço de política pública a referida positivação de normas que visam resguardar o direito do menor, amplia-se a percepção de que nas últimas décadas houve grande avanço por parte do Estado brasileiro em resguardar o *status* do infantojuvenil e preservá-lo como futuro cidadão que, necessariamente, precisa de amparo por parte de pessoas de maior idade. Assim, é por meio de uma análise pragmática que se passa a conhecer os desdobramentos desta garantia de direitos dentro do ordenamento jurídico nacional. Primeiro, observando as inovações previstas pelo ECA e, em seguida, fazendo-se um breve retrospecto de cunho criminal.

O TRATAMENTO DO ABANDONO INFANTIL NO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Evidentemente, o infante em situação de abandono tem seus direitos constitucionais violados, em especial o seu direito de ser criado e educado no seio de sua família, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral, conforme preceitua o artigo 19 do ECA. Aqui o conceito de desenvolvimento integral é aquele que prevê as dimensões não apenas materiais de uma vida digna, mas as dimensões não materiais, tais como a moral, a ética, a psicológica, a educacional e até mesmo a religiosa.

A verificação da violação enseja atuação estatal preconizada pela Lei n. 8.069/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente, que, de forma reconhecidamente especializada, instituiu uma série de medidas com o fim de assegurar os direitos do infantojuvenil em situação de vulnerabilidade e abandono.

Em primeiro plano, a Lei em referência busca sempre a reaproximação ou reintegração da criança com sua própria família natural, como está estabelecido no artigo

19, § 3º, por meio de serviços e programas à proteção, apoio e promoção, partindo-se da assertiva de que a falta ou carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar (Art. 23).

No insucesso da reintegração da criança com seus próprios pais, a próxima medida a ser adotada será a tentativa de colocar o infante sob os cuidados da família extensa (avós, tios) e, se também esta não tiver sucesso, a criança poderá ser colocada na guarda provisória de quem puder adotá-la (§ 6 do Art. 19-A).

Caso nenhuma das alternativas retro referidas obtenha sucesso, a última opção disposta na Lei n. 8.069/1990 é a de colocar o infantojuvenil em instituição de acolhimento, ou seja, um abrigo, ainda sendo dada a oportunidade de incluí-la em programas de apadrinhamento, destinado a proporcionar ao menor vínculos externos para fins de convivência familiar e comunitária, tudo visando ao seu bom desenvolvimento social, moral, físico, cognitivo, educacional e financeiro (§ 6 do Art. 19-B).

É importante destacar que o desenvolvimento destas ações é incumbido pelo Estado brasileiro, dentro de sua rede protetiva infantojuvenil, a diversos órgãos, tais como Conselho Tutelar, Ministério Público, Varas de Justiça Especializada na Infância e Adolescência, além de atendimento multidisciplinar constituído por assistentes sociais e psicólogo (a). Além disso, há serviços, a exemplo do disque-denúncia, que buscam soluções a partir da conscientização da população. Neste pórtico, são previstos meios de atendimento no inciso II, do artigo 87, do ECA:

> Art. 87. São linhas de ação política de atendimento:
>
> [...]
>
> II - serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social e de prevenção e redução de violações de direitos, seus agravamentos ou reincidências;

Desse trato, fica evidente que o Estado brasileiro apresenta aparato institucional e legal bem desenvolvido em relação ao enfrentamento do abandono infantojuvenil, que engloba de forma interessante medidas protetivas de direito e, pelo menos em teoria, garante a positivação da defesa de garantias humanas ao menor de idade.

ASPECTOS CRIMINAIS DO ABANDONO INFANTOJUVENIL

Para que se entenda a postura estatal diante o abandono infantojuvenil, é importante destacar como o Estado emprega seu recurso de *ultima ratio*, qual seja, o Direito Penal, em busca da garantia de que a violação dos direitos aqui discutidos gere penas concretas. Assim, traça-se um raciocínio básico da garantia de direitos fundamentais e de como sua violação sumária é prevista pelo Código Penal Brasileiro.

O ECA, em seu artigo 22, dispõe que aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de

cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais. Observa-se ainda que o ECA, em seu artigo 23, preceitua que a falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar.

O que aqui se discute, é demonstrar que a intencionalidade, ou seja, o dolo, acarreta consequências no âmbito penal. É a partir deste feito que surge a tipificação do crime de abandono de incapaz, previsto no artigo 133 do Código Penal, que apresenta especial causa de aumento de pena quando o agente guardar laço de parentesco com a vítima:

> Art. 133 - Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono:
>
> Pena- detenção, de seis meses a três anos.
>
> §1 - Se do abandono resulta lesão corporal de natureza grave:
>
> Pena - reclusão, de um a cinco anos.
>
> §2 - Se resulta a morte:
>
> Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

Ainda, nesta mesma linha, são tipificados os respectivos artigos seguintes ao 133, quais sejam os Arts. 134, 135 e 136, todos do Código Penal, sendo estes os delitos de exposição ou abandono de recém-nascido, omissão de socorro e maus-tratos. Todos estes relacionados à punição daquele que viola direitos fundamentais do infantojuvenil.

Dessa mesma maneira de se alisar, os artigos presentes no Capítulo III, dos crimes contra a assistência familiar, do Código Penal, merecem especial evidência, pois se tratam de delitos tipificados especialmente à garantia do apoio da instituição familiar ao menor incapaz. A imputação de penas de reclusão e detenção podem ser vistas como uma tentativa do Estado de concretizar o *jus puniendi* em face do cometimento de crimes contra esta camada vulnerável da população, qual seja, de retribuição ao delito perpetrado e a prevenção a novos crimes (NUCCI, 2008).

São estes os delitos de abandono material, entrega do filho menor a pessoa inidônea e abandono intelectual, crimes estes que têm como objeto jurídico a proteção dispensada aos menores de 18 anos pelo ordenamento jurídico e que se reitera, preveem penas de detenção, o que condiz com a gravidade tipificada em seus artigos.

Nesse contexto, ainda é importante destacar que o §1 do artigo 23, previsto no ECA, dita que a condenação criminal do pai ou da mãe não implicará a destituição do poder familiar, exceto na hipótese de condenação por crime doloso sujeito à pena de reclusão, medida que decorre de decisão judicial. Novamente, frisa-se que aqui se trata, majoritariamente, de questões que envolvem dolo, a vontade consciente de praticar aquilo que é tipificado em lei.

Em vista do exposto e sob uma perspectiva ampla e horizontal, nota-se o esforço do Estado brasileiro de solidificar aquilo que é previsto não só no ECA, mas também na

Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e na própria Carta Magna de 1988.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que, ao contrário do que inicialmente se esperava, o ordenamento jurídico e estatal brasileiros se estruturam de forma concreta e bem dimensionada frente ao abandono infantojuvenil, que, todavia, persiste sendo uma das mazelas de maior impacto à nação e de nítida invisibilidade perante à sociedade.

Os resultados dessa pesquisa permitem o levantamento da hipótese de que a persistência deste problema social se fundamenta em questões sociais intrínsecas à nação, tais quais a desigualdade econômica que divide o país e o não suficiente impacto do Estado frente à sociedade, algo que vai além da estruturação da garantia de direitos, abarcando a execução de projetos em meio ao cotidiano brasileiro.

Este problema social, todavia, não é insanável. Os avanços do Direito brasileiro e internacional fronte a questão são nítidos e recentes, demonstrando que esta área merece ainda mais atenção, não só do Estado brasileiro como um todo, mas também da comunidade científica, que pode contribuir na identificação de motivos e soluções relacionados à problemática.

A implementação de políticas públicas visando disseminar os direitos do infantojuvenil e os programas estatais contra a violação de garantias fundamentais pode gerar resultados impactantes. Nota-se que a problemática do enfrentamento ao abandono do menor não tem raiz na falta de estrutura, mas sim em questões que vão além do direito positivado, atingindo o direito em sua execução.

Em conclusão, o Direito trata o abandono infantojuvenil com propriedade e as medidas do Estado para o enfrentamento desta problemática são concretas, todavia, deve-se procurar ainda mais avanços tanto na área teórica, quanto na área prática - sendo esta retratada pela realidade de menores que possuem seus direitos fundamentais violados diariamente em solo pátrio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 3. ed. Brasília: 2008. 144 p.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

CARINHANHA JI, PENNA LHG. The violence experienced by female adolescents embraced at a shelter. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2012 [cited 2019 Agst 19]; 21(1):68-76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100008&lng=en&nrm=iso

CURY, Munir; PAULA, Paulo Afonso Garrido de; MARÇURA, Jurandir Norberto. **Estatuto da criança e do adolescente anotado**. 3.ed., rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais: 2002.

CUSTODIO, Andre. Teoria da proteção integral: pressuposto para compreensão do direito da criança e do adolescente. **Revista do Direito,** Santa Cruz do Sul, p. 22-43, jan. 2008. ISSN 1982-9957. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/657/454. Acesso em: 20 de agosto de 2019. doi: https://doi.org/10.17058/rdunisc.v0i29.657.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Rio de Janeiro: Unic, jan. 2009.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Impacto sobre a violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005

MAGALHÃES, Júlia Renata Fernandes de et al. Expressão da violência intrafamiliar: história oral de adolescentes. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Bahia, v. 26, n. 4, p.01-09, 17 nov. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: . Acesso em: 19 de agosto de 2019.

MARQUES, Heitor Romero et al. **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. 4.ed. Campo Grande: UCDB, 2014.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal**. 4 ed. rev. atual. e ampl. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

ONU. **Declaração dos Direitos da Criança**. Disponível em: http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html . Acesso em 19 de agosto de 2019.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 3.ed. atualizada. São Paulo: Edições Paulinas, 1978.

SILVA, KL, Alves CV, Araújo LF. **Abandono familiar infantojuvenil**: um olhar sobre uma instituição do agreste pernambucano. In: *Anais do 5 Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira,* 2012 Set 4-6; Recife, Brasil [Internet]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2012. Disponível em: http://www.unicap.br/jubra/wp-content/uploads/2012/10/TRABALHO-149.pdf . Acesso em: 19 de agosto de 2019.

CAPÍTULO 2

MAIORIDADE PENAL: CONFLUÊNCIA ENTRE O DIREITO, A NEUROCIÊNCIA E A EDUCAÇÃO

Data de aceite: 01/11/2021
Data de submissão: 20/09/2021

Bianca Nunes Pimentel
Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/5211917194919140

Uiliam Ferreira Boff
Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/2172306270877275

Iuri Sihe Dacorso
Universidade Franciscana
Santa Maria – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/5841684558669373

Aline Nunes Pimentel
Universidade da Região da Campanha
Santa Maria – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/6152406807700473

RESUMO: A maioridade penal é o estabelecimento de uma idade mínima para que um sujeito possa ser julgado criminalmente por seus atos como um adulto. Esse marco, geralmente, é baseado na compreensão de uma maturidade intelectual e física. No entanto, cada país pode estabelecer a idade mínima, conforme seus costumes e necessidades, a depender do seu pacto social. Este ensaio teórico tem como objetivo refletir sobre a maioridade penal sob os aspectos legais, neurobiológicos e educacionais. Para tanto, o argumento divide-se em três momentos. Primeiro são explanados os conceitos de responsabilidade e maioridade penal na jurisdição brasileira e mundial, com uma breve discussão sobre o projeto de redução da maioridade penal no Brasil. A seguir, analisamos a literatura recente acerca da maturidade neuronal na criança e no adolescente, base para comportamentos complexos, tais como antecipação de resultados futuros, controle inibitório e capacidade de fazer julgamento moral considerando outras pessoas; bem como uma exposição sobre as consequências de situações atípicas, sobretudo os abusos e a violência, no período da infância e da adolescência. Por fim, o ensaio indica a necessidade de analisar o desenvolvimento humano também a partir de aspectos do desenvolvimento intelectual da moral, com foco na capacidade da escola de ser o ambiente social mediador da autonomia moral, destacando o ensino da ética como uma importante ferramenta para a cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Maioridade penal. Juventude. Desenvolvimento humano. Políticas Públicas.

AGE OF CRIMINAL RESPONSIBILITY: CONFLUENCE OF LAW, NEUROSCIENCE AND EDUCATION

ABSTRACT: The age of criminal responsibility is the establishment of the minimum age so a subject can be criminally tried for his actions as an adult. This milestone generally considers the understanding of an intellectual and physical maturity. However, each country can establish the minimum age, according to its customs and needs, depending on its social pact. This theoretical

essay aims to reflect on the age of criminal responsibility under the legal, neurobiological and educational aspects. Therefore, we divided the arguments into three moments. First, we explain the concepts of criminal responsibility in Brazilian and worldwide jurisdiction, with a brief discussion about the project on reducing the criminal majority in Brazil. Next, we analyze the recent literature on neuronal maturity in children and adolescents, the basis for complex behaviors, such as anticipating future results, inhibitory control and the ability to make moral judgment considering other people, as well as an explanation of the consequences of atypical situations, especially abuses and violence during childhood and adolescence. Finally, the essay indicates the need to analyze human development also from aspects of the intellectual development of morals, focusing on the school's ability to be the social environment mediating moral autonomy, highlighting the teaching of ethics as an important tool for citizenship.
KEYWORDS: Criminal majority. Youth. Human development. Public Policy.

INTRODUÇÃO

O presente capítulo trata-se de um ensaio teórico de natureza reflexiva e interpretativa, cuja orientação é "dada não pela busca das respostas e afirmações verdadeiras, mas pelas perguntas que orientam os sujeitos para as reflexões mais profundas", bem como revela-se como um importante recurso para ampliar a interdisciplinaridade e promover a construção de saberes por meio da relação intersubjetiva (MENEGHETTI, 2011).

As reflexões discorridas foram baseadas em pesquisa bibliográfica, em bases de dados, doutrinas e legislações, acerca dos conceitos sobre maioridade penal na jurisdição brasileira e mundial, sobre descobertas da neurociência acerca do desenvolvimento e maturação de habilidades cognitivas referentes ao comportamento social e temas relevantes em educação voltados à ética. Por fim, o presente ensaio tem como objetivo discutir os conceitos legais sobre a maioridade penal trazendo para o debate uma perspectiva da neurociência e das políticas de educação, bem como os reflexos de sua ausência na sociedade.

DESENVOLVIMENTO

Conceitos de maioridade na jurisdição brasileira

A maioridade civil é a idade mínima definida, por lei, para que uma pessoa usufrua de seus direitos e seja responsabilizada pelos seus atos, baseada na maturidade intelectual e física. No Brasil, a maioridade civil é atingida a partir dos 18 anos de idade, quando o sujeito passa a ter pleno direito sobre as suas decisões sem necessitar da autorização de seus responsáveis. Isso reflete no exercício de direitos e no cumprimento de obrigações, marcando o término do período de incapacidade civil que, para o Direito, representa a impossibilidade de praticar os atos da vida civil.

A Maioridade Penal ou maioridade criminal, por sua vez, é a idade mínima na qual o

sujeito pode ser julgado criminalmente por seus atos como um adulto. No Brasil, e em vários países, ela começa aos 18 anos de idade, e é considerada uma linha divisória na forma como determinado ato será julgado. A partir dessa idade, todo o processo de julgamento é regido pelas leis do Código Penal do país. A maioridade penal não está diretamente relacionada com a maioridade civil, sendo que em alguns países a idade mínima para se punir criminalmente um sujeito é inferior à maioridade civil.

Não se deve confundir, ainda, maioridade penal com responsabilidade penal, que preceitua o artigo 228 da Constituição Federal de 1988 "são penalmente inimputáveis os menores de 18 anos, sujeitos às normas da legislação especial"; no mesmo prisma encontra-se o artigo 27 do Código Penal. No Brasil, a responsabilidade penal inicia aos 12 anos, pois sem a possibilidade de se fazer em Juízo de censura (culpabilidade), não podem tais atos ser considerados crimes (NUCCI, 2010).

A maioridade penal ao redor do mundo e no Brasil

Cada país pode estabelecer sua maioridade penal, porém seguindo a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (CDC) de 1989 e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a maioria dos países adota os 18 anos, pois de acordo com critérios biopsicossociais, até esta idade o jovem encontra-se em desenvolvimento. Assim como a maioridade penal, a responsabilidade penal varia, conforme os costumes e necessidades das nações, a depender do seu pacto social (SPOSATO, 2007).

Na Europa, Portugal fixou a plena responsabilidade aos 16 anos, mas o grau de reprovação da conduta é mitigado durante a aplicação da sanção até os 21 anos, considerando o processo de desenvolvimento. A Lei Espanhola sobre responsabilidade criminal de menores aplica-se àqueles entre 14 e 18 anos. De 16 a 18 anos, essa lei prevê um tratamento agravado na aplicação das medidas para atos considerados graves (NACIFF, 2019).

Quanto aos países africanos, em Uganda, a idade mínima para responsabilidade penal aumentou de sete para 12 anos. Em 2005, a Etiópia adotou um novo Código Penal, estipulando três idades distintas: crianças (até nove anos – não podem ser responsabilizados), jovens (até 15 anos) e adultos. Define-se, portanto, a responsabilidade a partir de nove anos, apesar das recomendações para elevar a idade mínima a um nível internacionalmente aceitável. O Malawi ratificou os direitos da criança durante uma ditadura, o que paralisou a implementação de suas disposições até o fim do regime de Banda. O novo governo multipartidário e a nova Constituição trouxeram, em 1994, uma Declaração de Direitos, com uma reforma relativa à infância, porém, segundo Ramages (2008), apenas menores de sete anos não teriam responsabilidade penal.

No Irã, até pouco tempo, o julgamento dependia do gênero. Pelo Código Penal Islâmico, as meninas podiam ser responsabilizadas pelos crimes a partir dos nove anos lunares e os meninos aos 15 anos, baseando-se na maturidade sexual das crianças

(AKBARI; RAMEZANI, 2017). O novo Código de 2013 amenizou esse cenário ao colocar uma seção sobre punições e medidas educativas para crianças e adolescentes, além de considerar a mesma idade de responsabilidade para meninas e meninos (TAVANA; ARDESTANI, 2018).

Nos Estados Unidos, alguns estados possuem maioridade penal abaixo dos 18 anos e o sistema legal do país permite que, dependendo do crime, adolescentes a partir de 12 anos sejam julgados pela Justiça comum. Em relação à América Latina, o sistema Argentino é tutelar, a Lei n° 23.849 e o Art. 75 da *Constitución de la Nación* determinam que, a partir dos 16 anos, adolescentes podem ser privados de sua liberdade ou internados em "alcaidías" ou penitenciárias. A Lei de Responsabilidade Penal de Adolescentes Chilena define um sistema de responsabilidade dos 14 aos 18 anos, em geral sob responsabilidade dos Tribunais de Família (SPOSATO, 2007).

O Código de Menores do Brasil cumpriu seu papel histórico e se tornou um marco referencial, por suas características protetivas, ao incutir obrigações ao Estado e criar estruturas assistenciais para sua efetivação. Até 1935, não havia distinção entre os menores infratores e os abandonados no momento da apreensão e recolhimento em abrigos. Apenas com a edição do Código Penal Brasileiro (1940), estabeleceu-se a inimputabilidade aos menores de 18 anos.

Em 1942, o governo criou o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), vinculado ao Ministério da Justiça, que apesar de distinguir o menor infrator do abandonado, não obteve sucesso e foi substituído pela Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM), lei nº 4.513/1964, com a atribuição de orientar, coordenar e fiscalizar a política nacional. Essa lei, do primeiro ano da Ditadura Civil-Militar, concebeu a Política Nacional do Bem Estar do Menor – PNBEM. A expressão "menor" foi ligada à noção de periculosidade, associada a um enfoque correcional-repressivo da política. Passaram pela FEBEM – ramificação estadual da FUNABEM – crianças órfãs, abandonadas, deficientes, pobres e, principalmente, aquelas que tinham problemas com a lei.

Em 1979, foi promulgado o novo Código de Menores, Lei 6.697, passando a ser a única lei que ditava as normas para a assistência e proteção aos menores. Segundo Poletto (2012), as instituições, nesse período, não abordavam a escolaridade e alfabetização, na prática, e a necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da família contribuía para a evasão escolar.

A partir do processo de redemocratização do País, com o fim da ditadura militar, a inimputabilidade do menor de 18 anos foi reconhecida constitucionalmente, verberando nos artigos 227 e 228 seu status de direito e garantia fundamental (BRASIL, 1988). Com base nesses artigos e em mobilizações sociais, foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei 8.069/90 –, modificando a análise do menor que antes era retirado do convívio social para "proteger a sociedade", passando a ser sujeito de direitos, com garantia de proteção integral (SOUZA, 2007). Conforme o ECA, crianças

e adolescentes são penalmente inimputáveis, no entanto, entre 12 e 18 anos podem ser responsabilizados pelos seus atos, por meio de medidas socioeducativas (BRASIL, 1990).

No Brasil, as crianças menores de 12 anos são consideradas inimputáveis pelo Estado, não recebem medidas socioeducativas ou sanções, mas sim medidas protetivas. Segundo Silva (2000), a inimputabilidade é a causa de exclusão da culpabilidade, isto é, mesmo sendo o fato típico e antijurídico, não é culpável, eis que não há elemento que comprove a capacidade psíquica do agente para compreender a reprovabilidade de sua conduta, não correndo a imposição de pena ao infrator.

Acerca da redução da maioridade penal

No passado, o Projeto de Emenda Constitucional 171/93, que propõe diminuir a idade mínima da maioridade penal de 18 para 16 anos, ganhou a atenção dos legisladores jurídicos e ainda divide o país em duas correntes de pensamento. Os principais argumentos a favor da redução da maioridade penal baseiam-se em: i) aplicação inadequada das medidas previstas no ECA na recuperação dos jovens; ii) os adolescentes seriam usados por organizações criminosas, uma vez que as penas aplicadas aos mesmos são mais amenas; iii) jovens de 16/17 anos possuiriam consciência crítica sobre seus atos.

Por outro lado, os argumentos daqueles que pensam ser mais plausível investir no sistema socioeducativo são: i) o atual sistema carcerário brasileiro não corrigiria o problema da violência, devido ao seu caráter punitivo; ii) a prisão de mais jovens não diminui os níveis de criminalidade, mas sim o investimento em educação e trabalho; iii) a redução da maioridade é contrária à previsão de proteção dos jovens que consta na CDC; iv) a população carcerária brasileira, em 2014, ficou atrás apenas dos Estados Unidos (2,2 milhões), China (1,7 milhão) e Rússia (673,8 mil) (BRASIL, 2015).

Além disso, segundo Sposato (2007) a redução da maioridade penal é incompatível com a doutrina de proteção integral; é inconciliável com o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE); é inconstitucional; é violação de cláusula pétrea; afronta compromissos internacionais assumidos pelo Brasil; e contradiz o que se discute na comunidade internacional.

O índice de reincidência em nossas prisões é de 70% (IPEA, 2015). O ingresso precoce de adolescentes no sistema carcerário aumentaria o número de infratores, ao distanciá-los de medidas socioeducativas, além da exposição à violência no modelo atual de encarceramento. Em contraste, no sistema socioeducativo, o índice de reincidência é menor, 17,5% (Paraná), como no estudo de Souza (2016). As Medidas Socioeducativas são aplicadas pelo Juiz com finalidade pedagógica e de ressocialização a indivíduos infanto-juvenis que cometeram atos infracionais. São medidas sancionatórias originadas por intermédio da Doutrina da Proteção Integral pautada nos Direitos Humanos, na Constituição/88 e no ECA. Cada medida é analisada com métodos pedagógicos, sociais, psicológicos/psiquiátricos, considerando a capacidade de cumprimento, as circunstâncias

e a gravidade da infração (BARBOSA, 2009).

É conveniente destacar que a chegada aos 18 anos pode não significar um autêntico amadurecimento e conhecimento de regras morais. De acordo com Nucci (2010), soa razoável, em matéria penal, a revisão desse patamar. Uma faixa mais larga, como em outros países, seria conveniente. Dos 12 anos, segundo disposto na lei 8.069/90, aos 21 anos (finalização do amadurecimento, conforme a maioria dos estudos de psicologia), de lege ferenda, determinaria o magistrado a realização de um exame de maturidade. Havendo o entendimento do ilícito, a punição se daria no campo penal.

Como demonstrado, a idade penal, ao redor do mundo, considera entre 18 a 21 anos o marco para o reconhecimento da maioridade penal pelo Estado, e o porquê desse consenso recebeu um considerável reforço da neurociência nos últimos anos.

Maturação neuronal na criança e no adolescente

O comportamento humano é regido por atividades sensório-motoras dependentes de maturação. Essa maturação difere entre as vias, podendo ter um ciclo curto ou longo, de modo que habilidades mais primitivas, como os reflexos do bebê, maturam ainda na vida intrauterina – ciclo mielogênico curto. Por outro lado, as vias sensoriais como as responsáveis pela visão, tem um ciclo longo, estendendo-se nos primeiros anos de vida da criança (KAGA, 2014). Da mesma forma, as regiões cerebrais apresentam períodos de maturação variados, cuja ordem ontogênica repete a filogênese, ou seja, comportamentos mais complexos, como planejamento e análise de ações futuras, levam muito mais tempo para serem desenvolvidos no adolescente.

A adolescência é, portanto, o período pelo qual a criança se torna adulta física, hormonal, intelectual e socialmente. É uma fase tumultuada, com transformações e mudanças comportamentais. Parte desses comportamentos referem-se à atividade do córtex pré-frontal (CPF), cuja maturação é um dinâmico processo dependente da atividade neural relacionada à experiência (JOHNSON et al., 2016).

Com base em estudos morfométricos *post mortem* e em estudos de imagem *in vivo* foi postulado que a maturação cortical segue uma direção caudo-rostral – de trás para frente. Ao relacionar esse padrão de maturação à função psicológica, identificou-se que crianças de dez a 12 anos apresentam desempenho menor do que jovens de 20 anos em três tarefas: perceptiva (visual), motora (toque de dedo) e cognitiva (função executiva). A análise das trajetórias de desenvolvimento dessas tarefas ratificou o padrão póstero-anterior no surgimento das funções, sendo mais precoce na tarefa visual, na região posterior da cabeça, e por último a cognitiva, na região frontal (GERVÁN et al., 2017).

Sob a mesma hipótese, de que o CPF é a última região cerebral a amadurecer, constatou-se que crianças pequenas mostram uma preferência por perspectivas imediatas. A sensibilidade às consequências futuras, sejam positivas ou negativas, é gradativa (CRONE; MOLEN, 2004). Isso significa que é esperado que crianças falhem em antecipar

resultados futuros, isto é, antecipar as consequências de suas ações.

O controle inibitório, habilidade fundamental que amadurece até o início da idade adulta, permite ao sujeito tomar decisões importantes após um período de ponderação. Em recente revisão, sobre as bases neurais do controle inibitório, ficou evidente que os adolescentes produzem manifestações comportamentais de inibição, como um adulto, apenas ocasionalmente, ou seja, sem envolver sistemas de inibição de forma consistente (CONSTANTINIDIS; LUNA, 2019). Em outras palavras, os adolescentes são suscetíveis a um sistema inibitório ainda em formação, observável quando assumem comportamentos de risco ou não aceitos socialmente.

A mielogênese continua na adolescência e alguns neurocircuitos específicos permanecem estrutural e funcionalmente vulneráveis aos impulsos sexuais, nutritivos e hábitos de sono. A maturação do cérebro adolescente também é influenciada pela hereditariedade, ambiente e hormônios sexuais. Além disso, a neurotransmissão glutamatérgica (excitatória) predomina, enquanto a neurotransmissão com ácido gama-aminobutírico (principal neurotransmissor inibidor em mamíferos), permanece em construção (ALMEIDA; CABRAL; NARVAES, 2015). Isso concorda com o comportamento instável, impulsivo e a excitação comportamental durante essa fase.

A população adolescente é altamente vulnerável a comportamentos "irresponsáveis" e desajustes sociais, não apenas pela imaturidade do CPF, mas também do sistema límbico. A plasticidade sináptica e a liberação de neurotransmissores podem ser influenciadas por neurotoxinas ambientais e abuso de drogas, incluindo as legalizadas (cigarro, cafeína e álcool). De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention*, a principal causa de morte entre adolescentes envolve violência sexual e abuso de substâncias, representando um importante aspecto clínico e social (ARAIN et al., 2013).

De maneira geral, as mudanças longitudinais da adolescência são vulneráveis ao contexto social. Representa um período de dramáticas mudanças funcionais decorrentes, principalmente, da maturação pré-frontal. Logo, essa maturação é necessária para sustentar comportamentos complexos, ao ponto que, impedimentos, levam a um controle inadequado do seu funcionamento.

Maturação cerebral em situações atípicas e de violência

O abuso infantil exerce um impacto deletério sobre a saúde mental, cujos mecanismos neurobiológicos consequentes começaram a ser revelados. As mudanças na estrutura cerebral conferem à adolescência uma janela de vulnerabilidade a fatores ambientais. Um exemplo disso é o estresse crônico, que pode afetar o desenvolvimento cerebral e causar disfunção comportamental duradoura, observada em distúrbios como depressão, ansiedade e esquizofrenia, além de dificuldades em seguir regras sociais.

Os ajustes estruturais e neuroquímicos progressivos, combinados com alterações fisiológicas, que ocorrem no CPF durante a adolescência, são cruciais para o estabelecimento

de mecanismos apropriados de processamento de informações para comportamentos complexos. A suscetibilidade a insultos no desenvolvimento é alta durante a transição na adolescência, um impacto que pode alterar a maturação e remodelação funcional desse sistema e seus circuitos para a vida adulta (LEW; TSENG, 2014; THOMASES et al., 2014).

Na pesquisa de Busso et al. (2017), o abuso físico ou sexual de adolescentes foi associado à redução da espessura cortical nas regiões pré-frontal e temporal. A espessura do giro parahipocampal foi relacionada a sintomas de comportamento antissocial e a espessura do giro temporal médio a sintomas de transtorno de ansiedade generalizada. Logo, o abuso infantil pode levar a rupturas na estrutura cortical associadas ao aumento da vulnerabilidade à psicopatologia vinculada à experiência ambiental. Ademais, segundo Rinne-Albers et al. (2017), crianças com o transtorno de estresse pós-traumático, por abuso sexual infantil, apresentaram volumes menores do córtex cingulado em comparação a controles. Essas sequelas neurobiológicas do abuso estão associadas a alteração no processamento da emoção.

Aprender a fazer julgamentos morais para além do interesse próprio é fundamental para viver em sociedade. Um déficit nesse aprendizado está associado à socialização deficiente e ao comportamento desviante. Lesões focais envolvendo o CPF ventromedial, adquiridas durante o desenvolvimento, resultam em um padrão egocêntrico de julgamento moral. Em resposta a cenários morais hipotéticos, os pacientes são mais propensos a violar regras morais ou a prejudicar fisicamente outrem para benefício próprio. Esse padrão difere de pacientes lesionados na idade adulta, os quais rejeitam essas violações (TABER-THOMAS et al., 2014). Portanto, esse é um substrato neural crítico para a aquisição da competência moral necessária para considerar o bem-estar do outro e sua interrupção pode prejudicar o desenvolvimento de um senso moral.

Os estudos supracitados são uma amostra do que emergiu nos últimos anos acerca das modificações neurofisiológicas decorrentes do desenvolvimento neuronal base para comportamentos complexos e o resultado da exposição à violência e ao abuso na infância e adolescência. De acordo com o art. 227 da Constituição Federal Brasileira:

> "É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, [...] além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão".

No entanto, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) revelam que a violência doméstica, sexual e/ou outras, de 2014 a 2017 foram notificadas 367.891 vezes, das quais 16,55% com crianças de 1-4 anos, 14,66% de 5-9 anos, 26,78% de 10-14 anos, com frequência maior no sexo feminino. Esses dados ratificam a importância do debate sobre a proteção infantil incluindo as políticas públicas de saúde e de educação, uma vez que o abuso e a negligência afetam o desenvolvimento intelectual e emocional resultando em fracasso escolar e social. A negligência desses fatores desintegra o modelo de proteção

social, culminando na marginalização dos adolescentes.

Os conceitos e regras sociais se estabelecem primeiro no ambiente familiar e, posteriormente, na Escola. A evasão escolar ainda é uma triste realidade no país, a qual está relacionada à criminalidade e à mortalidade de adolescentes e jovens (UNICEF, 2019). Por conseguinte, é emergencial considerar a Escola um espaço de acolhimento e de formação ética e moral.

O desenvolvimento intelectual da moral

Quando se estuda o desenvolvimento humano é importante considerar diversos níveis de análise com o objetivo de compreender a interdependência entre suas diversas dimensões: da individual à social e da biológica à cultural.

Conforme Azevedo (2004, p. 95) “o ser humano é [...] um sistema interdinâmico onde interagem os diversos subsistemas (comportamental, afetivo, intelectual e moral), que o constituem”. Para o autor, o que caracteriza o humano é sua rede de interdependências funcionais.

No âmbito individual, o jovem atinge o estatuto de cidadão adulto conforme domina certos patamares comportamentais, além de assumir novos papéis profissionais e familiares (LEVINSON, 1977). No campo jurídico-filosófico, espera-se que esse cidadão possa reconhecer, prezar e perpetuar certos juízos e condutas morais/éticas, estimadas pela sociedade, e responsabilizar-se pelos próprios atos e suas consequências. Todavia, o maturar humano está condicionado tanto pela disposição de bens materiais e culturais, quanto por uma composição biopsicossocial emocionalmente salutar.

É importante reconhecer que boas ações e condutas éticas – constituintes do caráter – não se apresentam na forma de objetos sociais estáticos. Pelo contrário, a diversa realidade social está intrincada em uma complexa rede de eventos, de difícil replicação nos ambientes escolares. Formalizar essas realidades em objetos de conhecimento compreensíveis aos estudantes é, talvez, uma das situações mais desafiadoras para a educação.

Aprender é um processo multifacetado, mas essencialmente individual (MOREIRA; MASINI 2001). Através do aprendizado e das experiências heterogêneas os sujeitos se singularizam. Nesse “vir-a-ser adulto” será moldada a forma pela qual aprendem, culminando naquilo que lhe será subjetivo: seus valores, crenças, orientações, condutas, consciência, enfim, todos os elementos constituintes de sua personalidade, de sua moral-ética.

O desenvolvimento moral é uma potencialidade humana própria da coletividade. A manifestação da moral está relacionada às variações espaciais, culturais e temporais, específicas de cada grupo social. A assimilação da moral ocorre através da interação dos sujeitos durante sua socialização e, também, das variabilidades de adesão aos valores sociais aos quais estão submetidos.

Não obstante, a moral só alcança patamares de ferramenta cognitiva a partir da maturação, que, segundo Piaget (1977), pode ser observada em três estágios de aprendizagem: a anomia, a heteronomia e, por fim, a autonomia. Na anomia, até os cinco anos de idade, a moral não é verificada, pois ainda não se reconhece na criança uma estrutura consciente. O "egocentrismo", inerente à essa fase, direciona as ações da criança para a auto satisfação. No segundo estágio, heteronomia (até oito anos de idade), percebe-se a descentralização do "eu" e a maturação das noções de ação, porém condicionado à autoridade. Na autonomia moral, terceiro estágio (9-13 anos), a criança seria capaz de pensar sobre as regras interiorizadas e, assim, orientar seus juízos, ações e sentimentos (PIAGET, 1999). Nesse estágio de autonomia do juízo moral, a cooperação se sobrepõe à coerção, importante na construção intelectual da moral por privilegiar o respeito aos acordos mútuos e por dar relevância à alteridade nos processos de socialização.

Apesar da definição em estágios, para Piaget a construção da autonomia moral pressupõe uma postura ativa dos sujeitos na interação e em ações coletivas. Nesses contextos, ocorre a construção de valores e a normatização das condutas, ou seja, a compreensão de pertencer a um ou a diversos modelos de moralidade, sendo capaz de ajuizar sobre as regras e as possíveis transgressões em cada contexto, compreendendo como isso afeta a si e a sociedade em geral. Segundo Marilena Chauí, tal variabilidade de comportamentos é própria de formações socioculturais estruturadas em hierarquias, castas ou classes, cujas diferenças são tão profundas que "podem até mesmo possuir várias morais, cada uma delas referida aos valores de cada casta ou de uma classe social" (2003, p. 310).

Para apreender e interpretar os diversos modelos ou campos morais faz-se necessário um agente capaz de operá-los, isto é, um ente que atribui valores aos seus próprios atos frente às outras condutas, individuais ou coletivas e, desse modo, define para si o que é uma boa ou uma má ação. Esse agente moral, segundo Chauí (2003), pressupõe um indivíduo consciente:

> "que conhece a diferença entre bem e mal, certo e errado, permitido e proibido [...] Tem a capacidade para avaliar e pesar as motivações pessoais, as exigências feitas pela situação, às consequências para si e para os outros, a conformidade entre meios e fins[...]"

Todavia, e apesar da razão filosófica, a realidade instaura questões problemáticas, especialmente em ambientes públicos de ensino-aprendizagem. Se a escola, além de um espaço de formação, é onde os jovens (re)criam suas subjetividades, convém perguntar: a escola está preparada para a construção da autonomia cidadã? Se sim, a pauta moral/ética parece ser o denominador capaz de problematizar e orientar os inúmeros dilemas inerentes à formação infanto-juvenil desses sujeitos, no período de transição à maturidade.

A escola como ambiente mediador da autonomia moral e o ensino da ética como ferramenta para a cidadania

Na passagem da infância para a adolescência, multiplicam-se complexamente as demandas decisórias. Ações individuais, anteriormente vinculadas à família passam a ter novas repercussões, além de uma menor flexibilização das consequências de tais atos perante as leis e os costumes.

Logo, não parece insólito perceber que o clássico questionamento shakespeariano "ser ou não ser?" é transposto – no contexto do desenvolvimento juvenil – por questões tais como: ir ou não ir, tocar ou não tocar, fazer ou não fazer? E é justamente nesse espaço de hesitação que os adolescentes experimentam, com mais intensidade, aquilo que genericamente denominamos decisões morais e/ou éticas, as quais orientarão esses sujeitos para o exercício da cidadania em uma sociedade democrática.

Desde 1996 – a partir dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's) – vem se consolidando a proposta de uma aprendizagem pautada pela cidadania (BRASIL, 1996). Com a publicação do documento PCN-Ética, 1ª à 4ª série (1998), possibilitou-se, no ambiente escolar, o debate das questões sociais, morais e éticas. Em 2010, o Conselho Nacional de Educação (CNE) orienta, as dinâmicas de transversalidade para a necessidade de instituir na prática educativa "uma analogia entre aprender conhecimentos teoricamente sistematizados (aprender sobre a realidade) e as questões da vida real (aprender na/da realidade)" (CNE/CEB, 2010).

Em 2017, é homologada a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), que orienta a inclusão dos Temas Contemporâneos Transversais (TCT's) aos currículos, da Educação Infantil ao Ensino Médio. Os TCT's ajudam a integrar os componentes curriculares, além de conectá-los à realidade dos estudantes, "contribuindo para trazer contexto e contemporaneidade aos objetos do conhecimento" (BRASIL, 2019). Contudo, a ética, antes um dos temas transversais nos PCN's, passa a ser uma orientação genérica para a formação educacional, perdendo o status de tema transversal de conhecimento, é dissolvida como orientação às instituições de ensino, através de seus currículos, e aos formadores educacionais, através das suas práticas.

A escola é um ambiente para que jovens cidadãos reflitam, de maneira orientada e com suporte psicopedagógico, conflitos de suas existências e que, por consequência, possam interferir em seus rendimentos escolares. Ao renegar essa função, as instituições de ensino, sobretudo as públicas, possibilitam que outras organizações, com menor responsabilidade social e maior interesse comercial e utilitarista, pautem esses debates com objetivos nem sempre claros. Constituída como espaço do saber cientificamente comprovado, a escola possibilita a construção e a problematização das questões morais inerentes ao desenvolvimento desses jovens cidadãos.

A explanação do tema ético/moral para uma plateia adulta, plena de experiências e

vivências, não é de todo problemática. O desafio, todavia, é como tornar acessível tal tema, transformando-o em objetos de conhecimento palpáveis para uma população heterogênea, em contextos escolares nem sempre hospitaleiros. A introdução de metodologias ativas, do ensino baseado em projetos ou da formatação de aulas invertidas, por exemplo, pode potencializar os processos de ensino-aprendizagem direcionados para os temas morais e éticos. A construção desse protagonismo juvenil é um estágio necessário na condução de formas efetivas de uma autonomia moral. Todavia, essa é uma ferramenta cognitiva construída paralelamente ao desenvolvimento biopsicossocial do sujeito. Ainda que previsto no Ensino Médio, parece antagônico que um processo longitudinal de aprendizagem seja enquadrado como conteúdo relativo apenas aos anos finais dos currículos escolares.

Nesse sentido, o componente curricular "Projeto de Vida", proposto na BNCC, parece ser um espaço apropriado para o debate ético: a longo prazo e de maneira profunda. Tal componente curricular, previsto para o Ensino Fundamental do 6º ao 9º ano (10-14 anos de idade), possibilita que a temática ética se constitua como formação e discussão permanentes. No final do Ensino Fundamental deve ocorrer o assentamento da autonomia moral, justamente quando aparecem, mais intensamente, diversos problemas educacionais, cuja origem pode estar vinculada a uma defasagem na capacidade de projetar eventos futuros, interferindo na formação da autonomia moral dos estudantes.

Além disso, outros objetos de conhecimento (Matemática, Física, Português, etc.) parecem relativamente mais estáveis, do que Ética/Moral, que sofrem mudanças intensas devido à volatilidade dos costumes e a variedade de dilemas cotidianos, requerendo atualização e acompanhamento pedagógico constantes. Construir um espaço educacional no qual elas possam ser reconhecidas e debatidas pelos estudantes, que ainda estão na busca da sua autonomia moral, é fundamental para que os mesmos se observem enquanto agentes autônomos de um espaço educacional cidadão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que a maioridade penal é um tema complexo que envolve muitas áreas do conhecimento. A redução da maioridade penal nos parece estar na contramão da ciência em termos neurobiológicos e sociais. No desenvolvimento da criança e do adolescente, considera-se a maturação de sistemas neurais necessários para a aquisição da competência moral em uma ótica biopsicossocial. O pensamento crítico e cidadão é próprio de um desenvolvimento complexo, decorrente do assentamento de patamares cognitivos e sociais assimilados e reinterpretados cotidianamente. Esse período apresenta grande vulnerabilidade até o final da adolescência.

É imperioso repensar o papel do Estado e suas estratégias de suporte à infância e adolescência em tempo hábil de sanar o que a negligência e os abusos geram no desenvolvimento neural e, consequentemente, emocional e social, para que crianças e

adolescentes possam subsistir com dignidade. A escola pode ser um espaço formador e debatedor das questões éticas/morais capaz de perceber os sujeitos como pessoas educacionais, com dignidade, afeto e respeito, promovendo novos processos de empatia sociocultural.

REFERÊNCIAS

AKBARI, M. A.; RAMEZANI, A. The status of delinquent infants and children in iran criminal law. **Survey of Malaysian Law**, v. 14, n. 2, p. 104-113, 2017.

ALMEIDA, R. M. M.; CABRAL, J. C. C.; NARVAES, R. Behavioural, hormonal and neurobiological mechanisms of aggressive behaviour in human and nonhuman primates. **Physiology & Behavior**, v. 143, p. 121-135, 2015.

ARAIN, M. et al. Maturation of the adolescent brain. **Neuropsychiatric Disease Treatment**, v. 9, p. 449-461, 2013.

AZEVEDO, N. D. A. P. R. **Atmosfera Moral da Escola. A promoção do Desenvolvimento Ético.** 2004. 486 p. Tese (doutoramento em Ciências da Educação: área de Educação e Desenvolvimento) – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2004.

BARBOSA, D. R. A natureza jurídica da medida socioeducativa e as garantias do direito penal juvenil. **Rev. Brasil. Adolesc. Confl.**, v. 1, n. 1, p. 47-69, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988.

______. Lei nº. 8.069 de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: 2009.

______. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

______. Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias** - INFOPEN 2014. Brasília: MJ, 2015.

______. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde**. 2020. Acesso em: 03/02/2020. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def

______. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 1998. p. 01-42.

_______. **Temas Contemporâneos Transversais na BNCC**: contexto histórico e pressupostos pedagógicos, 2019.

BUSSO, D. S. et al. Child Abuse, Neural Structure, and Adolescent Psychopathology: A Longitudinal Study. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, v. 56, n. 4, p. 321-328, 2017.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia.** São Paulo: Ática, 2003.

CNE/CEB (Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica). Resolução Nº 7, de 14 de dezembro de 2010. **Fixa Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental de 9 (nove) anos**. Diário Oficial da União, Brasília, 15 de dezembro de 2010, Seção 1, p. 34.

CONSTANTINIDIS, Christos; LUNA, Beatriz. Neural Substrates of Inhibitory Control Maturation in Adolescence. **Trends in Neurosciences**, v. 42, n. 9, p. 604-616, 2019.

CRONE, E. A.; MOLEN, M. W. Developmental changes in real life decision making: performance on a gambling task previously shown to depend on the ventromedial prefrontal córtex. **Developmental Neuropsychology**, v. 25, n. 3, p.251-279, 2004.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Reincidência Criminal no Brasil**. Governo Federal Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Rio de Janeiro, 2015.

GERVÁN, P. et al. Posterior – Anterior Brain Maturation Reflected in Perceptual, Motor and Cognitive Performance. **Front. Psychol.**, v. 8, n. 674, p. 1-10, 2017.

JOHNSON, C. M. et al. Long-range orbitofrontal and amygdala axons show divergente patterns of maturation in the frontal cortex across adolescence. **Developmental Cognitive Neuroscience**, v.18, p. 113-120, 2016.

KAGA, K. **Vertigo and Balance Disorders in Children**. Tokio: Springer, 2014.

LEVINSON, D. **The seasons of a man's life.** New York: Alfred A. Knoff, 1977.

LEW, S. E.; TSENG, K. Y. Dopamine modulation of GABAergic function enables network stability and input selectivity for sustaining working memory in a computational model of the prefrontal cortex. **Neuropsychopharmacology**, v.39, p. 3067-3076, 2014.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico? **Revista de Administração Contemporânea**, v.15, n. 2, p. 320-332, 2011.

MOREIRA, M. A.; MASINI, E. F. S. **Aprendizagem significativa**: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Centauro, 2001.

NACIFF, C. Reduzir a idade penal é constitucional? **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro**, n. 72, abr./jun. 2019.

NUCCI, G. S. **Leis penais e processuais comentadas**. 5. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

PIAGET, J. **O julgamento moral na criança**. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1977.

______. **A Linguagem e o Pensamento da Criança**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

POLETTO, L. B. **A (des) qualificação da infância: a história do brasil na assistência dos jovens**, 2012.

RAMAGES, A. The minimum age of criminal responsibility in selected African states. In: RAMAGES, A. **Investigating the Minimum Age of Criminal Responsibility in African Legal Systems**. Tese – Faculty of Law, University of the Western Cape, 2008.

RINNE-ALBERS, M. A. et al. Anterior cingulate córtex grey matter volume abnormalities in adolescentes with PTSD after childhood sexual abuse. **European Neuropsychopharmacology**, v. 27, n. 11, p. 1163-1171, 2017.

SILVA, De Placido e. **Vocabulário Jurídico**, Rio de Janeiro. 1 ed. Direito – Brasil – Vocabulários, Glossários etc. I. Título CDU – 34(81) (038) S582v, 2000.

SOUZA, L. A. **Criminalidade juvenil**: significados e sentidos para "reincidentes" em medidas socioeducativas de internação no estado do Paraná. 2016. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) – Paraná, Curitiba, 2016.

SOUZA, T. Y. **Um estudo dialógico sobre a institucionalização e subjetivação de adolescentes em uma casa de semiliberdade**. Dissertação – Programa de Pós Graduação Psicologia do Desenvolvimento e Saúde. Brasília: Universidade de Brasília. 2007.

SPOSATO, K. B. **Porque dizer não à redução da idade penal**. UNICEF, p. 16, 2007.

TABER-THOMAS, B. C. et al. Arrested development: early prefrontal lesions impair the maturation of moral judgement. **Brain**, v. 137, n. 4, p. 1254-1261, 2014.

TAVANA, A. N.; ARDESTANI, A. S. Duration and Age of Child Criminal Responsibility. **International Academic Journal of Humanities**, v. 5, n. 2, p. 114-130, 2018.

THOMASES, D. R. et al. Early adolescent MK-801 exposure impairs the maturation of ventral hippocampal control of basolateral amygdala drive in the adult prefrontal cortex. **Journal of Neuroscience.**, v. 34, 9059-9066, 2014.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. [Coordenação editorial Elisa Meirelles Reis... et al.]. **30 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança**: avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil. São Paulo: UNICEF, 2019.

CAPÍTULO 3

O CUIDADO DA CRIANÇA E O DIREITO À SAÚDE: ASPECTOS LEGAIS DO ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM BUSCA DA SAÚDE INTEGRAL

Data de aceite: 01/11/2021

Caroline Silva de Araujo Lima
Faculdade Dinâmica Vale do Piranga - FADIP
Ponte Nova - Minas Gerais

José Fortunato Lucarelli Júnior
Faculdade Dinâmica Vale do Piranga - FADIP
Ponte Nova - Minas Gerais

César Augusto Nascimento
Faculdade Dinâmica Vale do Piranga - FADIP
Ponte Nova - Minas Gerais

José Augusto Coelho Neto
IMEPAC
Araguari - Minas Gerais

Vitória Santana de Azevedo
IMEPAC
Araguari - Minas Gerais

Isabella Guerra Araújo
IMEPAC
Araguari - Minas Gerais

Roberta Franco Souza
IMEPAC
Araguari - Minas Gerais

Ana Luiza Cleto Moura
IMEPAC
Araguari - Minas Gerais

Evelli Aline de Paula Martins
IMEPAC
Araguari - Minas Gerais

Ana Luísa Aguiar Amorim
IMEPAC
Araguari - Minas Gerais

Marina Fernandes Garcia
IMEPAC
Araguari - Minas Gerais

Rita de Cássia Veiga Casanova
Universidade do Oeste Paulista - Campus Guarujá
Guarujá - São Paulo

Walter Rodrigues Araújo Filho
Universidade do Oeste Paulista - Campus Guarujá
Guarujá - São Paulo

Gustavo Rezende Triani
Faculdade de Medicina de Valença

RESUMO: O presente artigo visa analisar os direitos da criança e do adolescente, frente aos institutos jurídicos existentes no ordenamento pátrio, em especial, no que se refere ao direito e acesso à saúde. Sendo assim, têm-se que as crianças e os adolescentes são mais vulneráveis no que diz respeito às mais diversas esferas, seja ela física, mental, social, religiosa, política, cultural, de modo que carecem de proteção e cuidados especiais. Logo, foram analisados artigos originais, encontrados em plataformas eletrônicas de dados, como Scielo e Google Acadêmico, consagrando uma pesquisa bibliográfica documental. Como resultado, aferiu-se a necessidade de efetivação dos dispositivos legais existentes, melhor capacitação dos profissionais de saúde e diminuição das desigualdades a fim de proporcionar iguais oportunidades às crianças e aos adolescentes,

independente da classe social, cor ou gênero.
PALAVRAS-CHAVE: Direitos. Criança e adolescentes. Saúde. ECA.

CHILD CARE AND THE RIGHT TO HEALTH: LEGAL ASPECTS OF CHILD AND ADOLESCENT CARE IN SEARCH OF INTEGRAL HEALTH

ABSTRACT: This article aims to analyze the rights of children and adolescents, in face of the legal institutes existing in the Brazilian legal system, especially with regard to the right and access to health. Thus, children and adolescents are more vulnerable in the most diverse spheres, whether physical, mental, social, religious, political, cultural, so that they need protection and special care. Therefore, original articles found in electronic data platforms such as Scielo and Google Scholar were analyzed, consecrating a documental bibliographic research. As a result, the need to enforce the existing legal provisions, better training of health professionals and reduction of inequalities in order to provide equal opportunities for children and adolescents, regardless of social class, color or gender, was assessed.
KEYWORDS: Rights. Child and adolescent. Health. ECA.

INTRODUÇÃO

Com a retomada da redemocratização do país no período pós ditatorial, visando a construção do Estado de Direito apto a priorizar a dignidade da pessoa humana e a consagração do bem estar, com a igualdade social e com uma sociedade mais justa e resiliente, com base nos direitos sociais garantidos pela Carta Magna de 1988, é que movimentos de consolidação da saúde buscavam a efetiva aplicação das normas dispostas em lei, que abarca os direitos das crianças e dos adolescentes.

Nessa toada, no cuidado da criança no que tange a sua saúde, é primordial um olhar às suas necessidades essenciais, bem como a identificação das situações que envolvem a vulnerabilidade dos menores em relação às condições adversas ao seu desenvolvimento.

Destarte, em 13 de julho de 1990 foi publicado o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), trazendo enfoque de proteção integral para as crianças e adolescentes, sem qualquer distinção de raça, cor ou classe social, sendo, portanto, reconhecidos como sujeitos de direito.

Diante disso, há uma preocupação para o cuidado da criança e do adolescente, em especial, ao considerar as fragilidades de autodefesa e carência de proteção, demandando a presença de outras pessoas e até mesmo de defensores para a garantia dos direitos assegurados pela lei.

Sendo assim, tem-se que as crianças e os adolescentes estão em uma condição especial de desenvolvimento humano que, requerem atenção e proteção particulares, devendo os Entes Federados, a sociedade, a família e muitas vezes, os profissionais de saúde, dedicarem especial cuidado à condição especial de desenvolvimento imposta a eles.

Noutro giro, já existem, no país, leis, estatutos, decretos e programas sociais específicos para atender essa demanda social das crianças e dos adolescentes, servindo de mecanismos legais de proteção e apoio aptos a salvaguardar os direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), tendo em vista a condição de vulnerabilidade existente.

Além disso, o direito à saúde das crianças e dos adolescentes também deve ser preservado, necessitando não apenas de preparo dos pais e familiares, mas também da rede integrada de cuidado à saúde, por meio da construção de conhecimentos compartilhados, fortalecimento das habilidades e competências relacionadas às atitudes de defesa e cuidado, segundo o qual, o profissional de saúde atua como um mediador na diminuição da vulnerabilidade, buscando a promoção e garantia do direito fundamental à vida e acesso à saúde.

Nessa senda, a presente pesquisa se trata de uma pesquisa bibliográfica documental, onde foram utilizadas plataformas eletrônicas de dados acadêmicos, como Scielo, Google Acadêmico e PubMed, para realizar a busca de artigos originais, a respeito do cuidado da criança e do adolescente e seu direito à saúde, bem como quais os direitos inerentes a eles e quais as formas de proteção positivadas no atual ordenamento jurídico a fim de sanar as vulnerabilidades existentes.

DESENVOLVIMENTO

Dos direitos da criança e do adolescente

A Constituição Federal de 1988 fez a inserção de um novo escopo da política social a fim de concretizar princípios fundamentais como base da seguridade social, estabelecendo o dever do Estado de assegurá-los, ou seja, é um dever dos Entes Federados (União, Estados, Município e Distrito Federal), garantir a aplicação e efetivação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade de ações.

Nessa monta, o SUS – Sistema Único de Saúde, foi protagonista ao assumir o papel de garantidor dos princípios constitucionais e dos princípios existentes na Lei 8.080/90, ampliando a visão de saúde e reconhecendo a necessidade do acesso à saúde de forma universal, integral e igualitária.

Não obstante, enfrentando dificuldades encontradas no SUS, os direitos das crianças e dos adolescentes têm evoluído ao longo dos anos, ocupando um importante espaço em pautas políticas e acadêmicas, ultrapassando esferas de preconceitos na contramão do progresso.

O processo de descentralização ampliou o contato do SUS com a realidade social existente em nosso país, se tornando um sistema complexo ao colocar na mão dos gestores de saúde os desafios do atual sistema e a busca na superação da fragmentação das

políticas e programas de saúde, além de outros sérios problemas como o subfinanciamento do SUS, precarização do trabalho, baixo investimento na qualificação, pouca articulação da saúde com outras políticas públicas, falta de investimentos em capacitação profissional.

Nessa baila, para ultrapassar esses desafios, o Ministério da Saúde junto a outros órgãos e Conselhos criaram o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), que se trata de um marco na organização do planejamento do SUS, bem como no financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde, com a construção de consensos e delegação de responsabilidades, definindo as atribuições e confirmando a autonomia dos entes federados, conforme dita a Carta Magna.

Dessa forma, é fundamental que a saúde seja incluída como setor estratégico, nas políticas e programas do país, em que pese, na saúde voltada para grupos específicos da população, conforme necessidade e demandas existentes.

Lado outro, temos que as crianças e os adolescentes, são uma parte da população dotada de vulnerabilidades, suscetíveis a diversos fatores de riscos que podem prejudicar a saúde física e mental. Tendo em vista essa vulnerabilidade, a saúde deve se estruturar para atender essa mencionada demanda, como por exemplo, com a prevenção de agravos e enfermidades resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas e dos problemas resultantes de violências.

Assim, é necessário uma rede integrada e engajada com o bem estar da criança e do adolescente, a fim de ver a efetivação de sensíveis princípios constitucionais em plena execução, produzindo saúde para esse grupo, com a ciência de que as demandas vão muito além das ações do setor da saúde.

Sendo assim, para se ver a garantia dos direitos constitucionais, é necessário que outros órgãos, sejam eles de fiscalização ou de execução e, até mesmo, a sociedade, ingressem com uma posição ativa na reivindicação dos direitos assegurados por lei (ABMP, 2021).

O Estatuto da Criança e do Adolescente foi elaborado na sequência, após a publicação da Constituição Federal de 1988, trazendo em seu texto legal, algumas especificidades sobre a saúde no que diz respeito à criança e ao adolescente, expressando como o poder público, por meio dos Entes Federados, deve garantir a concretização do direito à saúde, criando políticas preventivas e restaurativas, conforme dita o artigo 7º da Lei 8.069/90:

> Art. 7º A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. (BRASIL, 1990)

À vista da norma exposta, infere-se que a saúde é vista não só como ausência de agravos ou doenças, mas também como um fator de desenvolvimento humano, ou seja, um fator que permite garantir ao cidadão a dignidade de se viver em paz e harmonia.

Na sequência, o ECA expressa a necessidade de políticas públicas e programas

que permitam o crescimento humano das crianças e dos adolescentes. Nessa toada, exemplificando tal afirmação é que o artigo 9º da Lei 8.069/90, impõe como "dever do poder público, das instituições e dos empregadores, a propiciação das condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade" (ISHIDA, 2008; DEL-CAMPO; OLIVEIRA, 2009).

Logo, a tutela do Estado quanto às crianças e aos adolescentes, se inicia antes mesmo do nascimento, e vai até a fase final da adolescência, com o objetivo de garantir a esses uma vida digna e o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde, bem como aos demais serviços necessários para o bom desenvolvimento humano e permissão da dignidade, paz e harmonia.

A saúde integral e um novo olhar para as crianças e adolescentes

A integração dos diversos setores de saúde, bem como das unidades de saúde, por meio de protocolos e troca de informações, permitiu a organização de uma ferramenta básica no esforço de ofertar serviços fundamentais e possibilitar o acesso de todos à saúde, permitindo a melhoria na qualidade de vida das pessoas, vistas como um todo, atendendo assim, as suas necessidades (BRASIL, 2008).

À vista disso, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos que marcam a vida de crianças e adolescentes, ainda se encontra em processo de formação, de modo que, os valores e o comportamento de amigos e familiares, bem como de influencers e pessoas famosas, ganham importância crescente na medida em que surge um natural distanciamento dos pais na contramão do amadurecimento dos filhos.

Tão somente, a sociedade exige muito cedo do indivíduo ainda em crescimento, sem condição de formar opinião sólida sobre assuntos relevantes de sua própria vida, a se posicionar e possuir grandes responsabilidades, sem ajuda dos elementos necessários que compõem esse processo de amadurecimento para a tomada de decisões.

Nessa monta, veículos de comunicação em massa, indústria de entretenimento, sistemas políticos, grupos religiosos, exercem relevante papel de influenciadores no modo de vida e de pensamento das crianças e dos adolescentes. Por outro lado, há uma grande importância para o desenvolvimento desses jovens, o acesso à educação formal, aos serviços de saúde (saúde mental, muitas vezes), atividades recreativas, desenvolvimento vocacional e oportunidades de trabalho.

Destarte, com frequência, as desigualdades sociais, a pobreza e o preconceito limitam crianças e adolescentes a obter a mencionada educação formal, adicionando ainda, os fatores de risco que essa parcela da população sofre, como a violência física, as ameaças do mundo do crime, distúrbios sociais, além do desejo de experimentar algo novo, que na maioria das vezes é prejudicial ao bom desenvolvimento e contrário à boa conduta.

Os fatores de risco, envolvem questões biológicas, sociais, psicológicas, socioeconômicas, raciais, culturais étnicas e religiosas, impactando no aumento ou na

diminuição da vulnerabilidade existente nesse grupo populacional, bem como, impacta na proteção fornecida às crianças e aos adolescentes, frente a necessidade de acesso à saúde, principalmente em situações específicas que não há garantia integral dos direitos à cidadania[1] ou dos princípios fundamentais garantidos pela Constituição.

Os fatores de vulnerabilidade são heterogêneos no espaço geográfico, ou seja, variam de acordo com o território e, variam até mesmo no âmbito de cada município, dentro de um mesmo lugar. Logo, os bairros mais pobres são marcas da falta de oportunidades, de opções para lazer e cultura, inexistência de espaços para a prática esportiva e convívio social, de modo que, essas desigualdades afetam as diferentes dimensões da vida social das crianças e dos adolescentes, em especial em relação à saúde, incluindo a saúde sexual e a saúde reprodutiva, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, violências e outros agravos à saúde[2] (BRASIL, 2008b).

Nesse contexto, é que o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças e dos adolescentes não é tão valorizado nos serviços de saúde como fator de prevenção e proteção de doenças resultantes de hábitos não saudáveis como o uso do tabaco, drogas ou agravos devido a violências (BRASIL, 2010).

As transformações ao longo do crescimento das crianças e dos adolescentes, tem como padrão uma mudança de comportamento social e muitas vezes sexual, tendo em vista o início dessa fase da vida estar sendo despertada cada vez mais cedo (BRASIL, 1996; PORTELA, 1991; VENTURA, 2002).

Logo, investir em saúde para essa parcela da população, é garantir qualidade de vida, energia, inovação, mão de obra, evitando violências, tomadas de decisões equivocadas, falta de expectativa de vida e outros agravados, devendo o Estado, portanto, garantir os direitos das crianças e dos adolescentes, como medida essencial para o futuro e desenvolvimento do país e para o crescimento desses jovens de forma sadia e positiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, no atual ordenamento jurídico, foi positivada a Constituição Cidadã que estabelece os princípios fundamentais a serem seguidos pelo Estado Democrático de Direito, possuindo atributo de imperativo legal. Logo, os direitos previstos na Carta Magna são convertidos em direitos subjetivos, cabendo aos Entes Federados a tutela desses direitos, de modo que, caso não sejam aplicados de forma efetiva, poderá o cidadão recorrer ao judiciário para ter o seu direito alcançado.

---

1 Em 2001, apenas 41,3% dos jovens viviam em famílias com renda familiar per capita acima de 1 salário mínimo, sendo que 12,2% (4,2 milhões) viviam em famílias com renda per capita de até ¼ de salário mínimo. Em 2001, mais da metade dos jovens entre 15 e 24 anos não estudava e apenas 42% chegava ao Ensino Médio. De outro lado, a histórica desigualdade racial no Brasil ocasiona uma maior vulnerabilidade de adolescentes e jovens negros em relação à saúde, à educação e ao mercado de trabalho (Instituto Cidadania, 2002).

2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, 2005. Aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde.

À propósito, diante da pesquisa realizada, permitiu-se inferir que o direito à saúde é fundamental no crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, estando tal direito garantido pela Constituição Federal e pelo próprio Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelecendo o dever do Estado de efetivar o referido direito.

Insta dizer, que o reflexo da aplicação do direito à saúde de forma efetiva atinge as mais diversas esferas da vida da criança e do adolescente, não apenas diminuindo agravos, prevenindo e tratando doenças, mas também auxiliando no bom desenvolvimento humano, na diminuição de desigualdades, no aumento da expectativa de vida e planos para o futuro, bem como nas tomadas de decisões.

Destarte, o direito à saúde da criança e do adolescente, estabelecido nos diplomas legais pós Constituição Federal, como a Lei 8.080/90 e a Lei 8.069/90, que trata do Sistema Único de Saúde e do Estatuto da Criança e do Adolescente, respectivamente, assumiram o papel de garantir as mais complexas vertentes do direito à saúde em se tratando da criança e do adolescente.

Além disso, foi possível inferir da extração dos dados que existem uma grande vulnerabilidade nas crianças e nos adolescentes, sejam elas físicas, mentais, sociais, culturais, políticas, socioeconômicas, que refletem diretamente no futuro desses jovens. Sendo assim, é fundamental o papel do Estado em interveniente nessas situações de vulnerabilidade e privação dos direitos constitucionais, a fim de sanar lacunas existentes na lei e garantir não apenas a igualdade formal, mas também a igual material, em especial quando o assunto é acesso aos serviços de saúde.

Nessa senda, foi constatado a necessidade de se investir em infraestrutura e capacitação na esfera da saúde, melhorando a qualidade dos estabelecimentos e levando a saúde aos mais diversos lugares, especialmente, os mais afastados ou onde é maior as desigualdades sociais, oferecendo aos profissionais cursos e mentorias de capacitação para lidar com as crianças e adolescentes nas mais diversas demandas que esses jovens possuem no tocante a saúde.

Por fim, cabe ressaltar que a necessidade de proteção e cuidado das crianças e dos adolescentes é um dever de todos, principalmente do Estado, que deve nortear as práticas de saúde para esses jovens, contribuindo assim, para a promoção da saúde e garantia dos direitos estabelecidos na Constituição Federal.

O presente artigo expõe um tema que deve ser constantemente debatido no âmbito acadêmico, social e político, buscando sempre a aprimoração dos dispositivos legais existentes e o melhor atendimento da realidade fática vivenciada pelas crianças e pelos adolescentes, alcançando assim, a aplicação prática da norma de forma efetiva e condizente com a vida real dos tutelados, promovendo a igualdade formal e material.

REFERÊNCIAS

ABMP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MAGISTRADOS, PROMOTORES DE JUSTIÇA E DEFENSORES PÚBLICOS DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE. São Paulo. Disponível em: <http://www.abmp.org.br/acervo.php?b=3>. Acesso em 13 ago 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. **Lei nº 9.263**, **de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2008a. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v. 08)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais**: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Série Pactos pela Saúde, v. 1, Brasília, 2006.

DEL-CAMPO, Eduardo Roberto Alcântara; OLIVEIRA, Thales Cézar. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2009. 443 p.

GALDINO, Flávio. Custo dos Direitos. In: TORRES, Ricardo Lob (org.). **Legitimação dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

IHERING, Rudolf von. **A luta pelo direito**. São Paulo: Martin Claret, 2008. 96 p.

ISHIDA, Válter Kenjii. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Doutrina e jurisprudência. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 507 p.

MITIDIERO, Daniel. **Processo Civil e Estado Constitucional**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007. 109 p.

SEGUNDO, Rinaldo. **Construindo a relação entre o direito da criança e do adolescente e o direito orçamentário**. 27 de novembro de 2003.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

PORTELA, A. V. et al. **Gravidez na Adolescência**. Brasília. 2005.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. São Paulo: [s.n.], 2002.

WAISELFISZ, J. **Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros**: Sumário Executivo. Brasília: UNESCO, 2008.

WAISELFISZ, J. **Relatório de Desenvolvimento Juvenil**. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2007.

CAPÍTULO 4

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES E O TRABALHO INTERPROFISSIONAL COM SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 01/11/2021

Adriana Maria de Figueiredo
Universidade Federal de Ouro Preto
Departamento de Medicina de Família Saúde Mental e Coletiva
Escola de Medicina
http://lattes.cnpq.br/1742818638174651

Paulo Ernesto Antonelli
Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Educação Física
Ouro Preto - Minas Gerais
http://lattes.cnpq.br/8473160376329643

Maria Célia da Silva Lanna
Universidade Federal de Ouro Preto-ICEB-Campus Ouro Preto
Departamento de Ciências Biológicas
Ouro Preto - Minas Gerais
http://lattes.cnpq.br/2768330432047986

Elaine Aparecida de Lanna Lima
Secretaria Municipal de Saúde de Mariana
Mariana - Minas Gerais
http://lattes.cnpq.br/7953980190969917

Tamara Ferreira Grossi
Universidade Federal de Ouro Preto
Departamento de Farmácia
http://lattes.cnpq.br/3464421836427956

Shisa Maris Martins Pereira
Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Medicina
http://lattes.cnpq.br/9258617541783460

Débora Paiva De Souza Bernardo
Secretaria Municipal de Saúde de Mariana
Mariana - Minas Gerais

RESUMO: Os vieses multifacetados da promoção e manutenção da saúde exigem sincronização de diversos segmentos da saúde, ancorados pela interprofissionalidade agregando duas ou mais profissões, bem como, evocando o aprendizado da assistência integral. Destarte se evidencia o problema e relevância deste estudo ao se encontrar na literatura a concordância de que a saúde é o maior e mais distinto valor do ser humano salvaguardado, inclusive, pela Constituição Federal do Brasil (1988). Esse estudo foi desenvolvido por grupo tutorial com integrantes de uma instituição de ensino e de redes municipais de saúde e teve como objetivo apreender a percepção sobre as novas configurações familiares e o trabalho com a saúde da família. Vinte e seis profissionais responderam a entrevistas, em abordagem qualitativa, em que se identificou a atenção primária à saúde como campo para a saúde da família, sendo implícita a necessidade de reflexão sobre as configurações familiares para a diversidade das práticas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família. Promoção da Saúde. Educação Interprofissional. Características da Família. Trabalhadores da Saúde.

PERCEPTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT NEW FAMILY CONFIGURATIONS AND INTERPROFESSIONAL WORK WITH FAMILY HEALTH

ABSTRACT: The multifaceted biases in health promotion and maintenance require synchronization of different health segments,

anchored by interprofessionality, adding two or more professions, as well as, evoking the learning of comprehensive care. Thus, the problem and relevance of this study is evidenced by finding in the literature the agreement that health is the greatest and most distinct value of the human being safeguarded, including, by the Federal Constitution of Brazil (1988). It was developed by a tutorial group with members of an educational institution and municipal health networks and aimed to apprehend the perception about the new family configurations and the work with family health. Twenty-six professionals responded to interviews, using a qualitative approach, in which primary health care was identified as a field for family health, with an implicit need for reflection on family configurations for the diversity of health practices.
KEYWORDS: Family Health. Health Promotion. Interprofessional Education. Family Characteristics. Health Personnel.

INTRODUÇÃO

Parece não existir discordância, mesmo entre aqueles que percebem a vida apenas como efêmera passagem, portanto, destituída de valores maiores, ser a saúde o maior e mais distinto bem que qualquer ser humano possa contar.

Diante dessa dimensão, é preciso recordar que, na Constituição da república Federativa do Brasil, promulgada em 1998, na seção reservada à saúde, encontra-se determinado:

> "A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação." (BRASIL, 1988).

De sorte que, um Grupo de Trabalho de um Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), congregando profissionais de saúde da rede de saúde, professores e estudantes de cursos de Saúde de uma Instituição Federal de Ensino Superior (IFES), pretende discutir, e, partilhar resultados, experiências e ações sobre o tema saúde / saúde da família, mediante os encaminhamentos e orientações costurados – muito especialmente – pelos vieses da Interprofissionalidade.

A interprofissionalidade pode ser definida como "duas ou mais profissões que aprendem com, de e sobre cada uma delas para melhorar a colaboração e qualidade da assistência" (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Nesse sentido, parece ser de bom alvitre destacar que, não está em jogo apenas relato ou exposições discorrendo sobre, por exemplo, cuidados mínimos com a saúde contemplando as pessoas, mas antes, agregar nessas dimensões, valores para a promoção e manutenção da saúde, ancorados na visão da Educação Permanente.

Vale lembrar que a saúde para o ser humano é exaltada desde sempre. Porém, nessa janela do tempo, talvez seja possível sublinhar que na velha Grécia, se encontram as referências mais relevantes sobre a saúde do ser humano, sobretudo com Platão e Hipócrates. Já para o século XIX, acredita-se que os fundamentos apresentados na Carta

de Ottawa (1986), resultado da primeira Conferência Internacional da Saúde, reunindo representantes de todos os continentes no Canadá, possam mesmo ser considerados altamente representativos na exortação pela promoção e manutenção da saúde humana. Naturalmente que a Organização Mundial da Saúde de igual modo, referenda o documento de Ottawa, reconhecendo as contribuições e recomendações aí expressas.

Diante desse pano de fundo, parece ser imperioso que aqui, sejam evidenciados, muito especialmente, a compreensão dos seguintes pontos: Promoção da Saúde Humana; Pré-requisitos para a saúde; Capacitação da monitoração da saúde; Reforço pela ação comunitária; Desenvolvimento de competências pessoais; Sinopse do trânsito pela interprofissionalidade.

Quando se fala em promoção, e/ou, manutenção da saúde do ser humano, por certo, vislumbra-se o objetivo em aumentar a capacidade das pessoas e suas respectivas comunidades, integralizado na efetiva atenção e controle da sua saúde, evidentemente buscando melhorá-la com vistas a atingir "(...) estado de completo bem estar físico, mental e social (...)" propugnado pela OMS (1978) (SEGRE; FERRAZ, 1997). Então, parece que se pode depreender, ser a saúde um recurso para a vida e não uma finalidade de vida. Isto quer dizer que, além de necessária, é preciso distinguir a diferença entre: recurso e finalidade de vida, sendo até possível, levantar dúvidas que as pessoas de modo geral, tenham o entendimento desse raciocínio relacionado com o significado da saúde para si.

Reiterando o pressuposto de que, a saúde é a condição mais importante para todas as pessoas, deve-se recordar que por extensão, a sua promoção e manutenção depende do envolvimento indispensável de recursos de ordem social, pessoal e também das capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde, definitivamente, não é uma responsabilidade exclusiva dos setores públicos no que diz respeito à sua manutenção. Este pressuposto exige antes, a adoção de estilos e hábitos de vida que possam ser reconhecidamente saudáveis.

Evidentemente que concorrem para a instalação das ações que podem promover a saúde do ser humano, alguns pré-requisitos ou fatores atrelados ao meio em que se vive, e, de igual modo, com as condições indispensáveis ao decurso da vida em si, como por exemplo: abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema estável, entre outros. Percebe-se assim, a identificação de deveres e direitos – nessa ordem mesmo – implícitos a serem cumpridos, tanto por parte do Estado, quanto por parte da própria pessoa. Não é por acaso que o tema saúde, jamais deixa de estar revestido /acompanhado de: profunda seriedade, responsabilidade e expressa consciência pessoal, coletiva, institucional e pública. Entretanto, nada acontece como se fosse um 'passe de mágica'. Deve-se ter em foco, capacitar à monitoração pela promoção da saúde, e aí, encontra-se explícito a condição pela qual se encontra o propósito de promover a saúde, como também, é possível compreender que para tanto, depende-se dos esforços envidados objetivando a redução das desigualdades existentes nos próprios níveis da saúde. Para, além disso,

também é necessário assegurar a busca de recursos direcionando para o atendimento das exigências concernentes à estruturação pessoal, técnica, logística e laboratorial.

No entanto, a aceitação dessa premissa consolida-se com base no entendimento de que, a implantação ao acesso de informações fundamentais como: formas, estilos de vida, e, oportunidades de opções saudáveis, possam ser disponibilizadas à população. Provavelmente, tal ideia possa ser até convergente com o raciocínio de que não haverá possibilidades de se desenvolver potenciais de saúde, sem a admissão de meios e formas de controlar os fatores determinantes para tal, não esquecendo que esse bojo se encontra ancorado pelo entendimento de uma visão universal.

O alinhavar desse pensamento certamente passa pelo reforço da ação comunitária, na medida em que, é também possível observar de modo transparente a percepção concreta e efetiva das comunidades, bem como, a edificação dos resultados, possibilitando maiores ou menores oportunidades da promoção da saúde em si.

No âmago da questão aglutinam-se os gradientes que são capazes de manter e elevar a saúde do ser humano, deixando de ser exclusividade dos órgãos governamentais, e/ou, responsáveis pelos setores da saúde, mas, sobretudo, pela responsabilidade própria da pessoa. Nesse sentido, reitera-se a importância da instalação de programas sob a tutela dos fundamentos da 'Educação Permanente', amparados de modo pontual, pelas linhas da profilaxia, até porque, o desenvolvimento das comunidades, ao que tudo indica, acontece a partir da concessão de recursos materiais e humanos baseados, muito especialmente, na auto ajuda, no suporte social, e ainda, nos sistemas de reforço à participação pública para a resolução de problemas, exigindo o mais pleno e continuado acesso pela informação, e também, pela oportunidade de aprendizagem respaldando o processo como tal.

Nessa formatação de pensamentos, o desenvolvimento das competências pessoais contempla a habitação do ser humano monitorando o controle da sua saúde associando o uso racional do meio ambiente, ou seja, mediante a relação harmoniosa com o seu habitat. Aliás, compreende-se que a capacitação das pessoas nessa direção deva durar a vida toda, inclusive para o enfrentamento às diversas fases da vida, bem como, para a busca da superação dos estágios de doenças, e/ou, incapacidades possíveis de ocorrer ao longo da existência da pessoa.

Portanto, é possível raciocinar que as condutas voltadas para a capacitação das pessoas, começam, ou, deveriam começar, na própria casa através da família, sendo posteriormente extensivas na escola, na empresa, e nas instituições sociais. De sorte que, o diálogo que deve ser estabelecido para a consumação do desenvolvimento das competências pessoais focando a salvaguarda da saúde, deve encaminhar-se na busca constante da proficiência, costurada pelas oportunidades criadas para transitar pelas trilhas da interprofissionalidade, podendo assim, relacionar-se de forma interdependente no exercício laboral. Obviamente que a colaboração entre os agentes que integram as ações de trabalho, agregam os valores do saber ser e fazer, objetivando a melhor prestação dos

serviços na saúde.

Por outro lado, ainda que se reconheça avanços, evoluções e amplitude dos horizontes no que concerne às práticas interprofissionais, percebe-se de igual modo, a necessidade de aprofundar os debates acerca do tema, sobretudo, nas abordagens recorrentes dos cursos de graduação da área da saúde, bem como, das demais áreas colaborativas nesse campo, uma vez que, o trabalho entre as equipes interprofissionais pode e deve alcançar melhores índices de eficiência e eficácia.

Por isso, entende-se que seja menos importante, planejar atividades ao longo da formação acadêmica adotando, por exemplo, de forma mais intensa, abordagens teórico-práticas voltadas particularmente ao desenho dos princípios que norteiam o SUS, oportunizando permutas de experiências entre as mais diferentes profissões, convergindo para as necessidades do usuário como tal.

Finalmente, é preciso recordar as orientações sobre a saúde da família, uma vez que, a pessoa não pode ser identificada a partir da visão do isolamento do ambiente familiar, e, também, comunitário. A partir desse pensamento, é possível compreender que, certamente deverá haver mais e maior participação, envolvimento e responsabilidade da comunidade no andamento do processo aos cuidados destinados à família, como também, a ampliação dos gradientes que podem resultar na resolução de problemas.

Sendo assim, os fundamentos para orientações direcionadas aos programas da saúde da família, devem convergir para: cadastramento das famílias cuja residência se localiza no território da Unidade Básica de Saúde. Por sua vez, a composição mínima para a formação da equipe de saúde, deverá contar com: um médico, um enfermeiro, um técnico, ou, auxiliar de enfermagem, e, os agentes comunitários de saúde. Porém, é fundamental contar sempre com outros profissionais inseridos na área da saúde, encontrando-se aí: Psicólogos, profissionais da Educação Física, Fisioterapeutas, Nutrólogos, entre outros.

A partir do conjunto de ideias elaboradas com o apoio da literatura, dos relatos de experiências, e, também das práticas de campo, será possível registrar como considerações as seguintes informações:

- A transposição dos discursos sobre a fragmentação das atenções à saúde, através da consolidação de redes e/ou equipes preparadas para atender os cuidados e exigências da saúde familiar;
- O envolvimento, a corresponsabilidade, bem como, o reconhecimento dos deveres e direitos pessoais e comunitários com o propósito de manter e melhorar a saúde pessoal e coletiva/comunitária;
- A extensão da prestação de serviços, abrindo novas janelas como por exemplo: saúde da criança, adolescente e jovem – reabilitação e saúde mental das pessoas idosas – saúde da mulher; entre outros;
- A integralização dos profissionais de Educação Física contemplando o ser humano pela sua individualidade biológica, sua herança genética, e, seu habitat;

fortalecendo e ampliando as possibilidades de intervenção da equipe de saúde tanto da família quanto da comunidade.

Diante deste desafio, a pesquisa procurou compreender como as equipes dos territórios apreendem as famílias, como elas se configuram e como esta percepção dos profissionais da saúde repercutem nos cuidados oferecidos pelas unidades de saúde. Ao mesmo tempo, se investigou se o trabalho em saúde da família traz, na percepção dos profissionais, a semente da atuação interprofissional em saúde ou as lacunas que apresenta quanto a esta prática.

MÉTODO

Pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. A investigação foi conduzida em unidades de saúde nas quais se desenvolvem as atividades de um grupo tutorial do PET-SAÚDE Interprofissionalidade: duas unidades de atenção básica e uma unidade de atenção domiciliar. As unidades compõem a rede de saúde em dois municípios, nos quais se situa a Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) que desenvolve formação em saúde com currículos integrados à rede, em cenários reais de aprendizagem desde os períodos iniciais dos cursos e demais atividades de pesquisa e extensão associadas. A investigação foi realizada entre os meses de maio a agosto de 2020.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da IFES, CAAE 28638320.3.0000.5150. Os sujeitos do estudo foram constituídos por profissionais de saúde destas três unidades de saúde que aceitaram participar voluntariamente da mesma, mediante confirmação por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao todo, constituíram um total de 26 profissionais, sendo eles: 8 agentes comunitários de saúde, 2 agentes administrativos, 1 enfermeiro, 3 fisioterapeutas, 1 fonoaudiólogo, 6 médicos, 2 nutricionistas, 1 psicólogo e 2 técnicos de enfermagem.

A coleta de dados foi realizada a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada que foi proposto e respondido por escrito ou por áudio gravado pelos participantes, com mediação dos pesquisadores, após ciência dos objetivos da pesquisa e demais termos expostos no TCLE. Cada entrevista foi transcrita e analisada em sua completude, de forma a espelhar as percepções dos participantes e possibilitar a emersão das visões por eles trazidas em confronto com os pressupostos teóricos.

Para a análise foi construído um quadro em que foram destacadas estas percepções de acordo com as categorias que expressavam para, em seguida, estabelecer as relações entre as visões apresentadas e as discussões identificadas nas referências bibliográficas selecionadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Frente à diversidade nas configurações familiares, observa-se que o conceito de

família não é homogêneo. Pode-se dizer que a coexistência de configurações e estruturas familiares diversas tem ampliado não só o conceito de família, mas suas implicações na sociedade.

Entre os entrevistados, é muito presente o conceito de familiar nuclear, tradicionalmente constituída por um casal homem/mulher e filhos, como expressa a fala de um agente comunitário de saúde:

> "Para mim família é um grupo de pessoas composto por pai, mãe, filhos, às vezes netos e outros graus de parentesco. Embora agora estejamos tendo também famílias compostas somente por pai e filho, mãe e filho, e diversos outros rearranjos".

Mas há visões diferentes que consideram a família para além dos laços consanguíneos, desde que tenham entre si alguma proximidade como expostos no depoimento de um médico:

> "Posso considerar a família como um sistema complexo e dinâmico cujos membros constituintes (que podem ser familiares consanguíneos ou não) compartilham um mesmo contexto social, em que se estabelecem vínculos afetivos e emocionais, construindo-se relações de identidade e pertencimento".

Como observaram os autores Medeiros e Osório citados por Moimaz et al. (2011), uma outra percepção para o conceito de família é o que identifica com o domicílio. Esta forma de ver a família se mostrou presente entre os entrevistados, como se pode perceber nos depoimentos que se seguem:

> "Família é geralmente um grupo de pessoas que dividem o mesmo ambiente de moradia". (Agente Comunitário de Saúde)
>
> "Família são as pessoas que compartilham uma mesma residência podendo ser da mesma linhagem sanguínea ou não". (Médico)

No grupo de entrevistados, emergiram percepções de que a família produz e abriga conflitos, condizente com os resultados obtidos por Silva e Trad (2004), segundo os quais (...) "os trabalhadores identificam as relações familiares como sustentáculo de apoio aos membros, mas também como fonte de conflito".

A esse respeito, assim se expressaram os profissionais de saúde:

> "São vários problemas existentes dentro desse contexto familiar até porque moram várias pessoas da família dentro desse terreno. E acabam desrespeitando o espaço um do outro". (Psicóloga)
>
> "Era uma situação bem complicada pois o quadro álgico desta senhora era diretamente proporcional ao grau de problemas que ela tinha em casa". (Fisioterapeuta)

Dentre os desafios percebidos pelos profissionais no cuidado em saúde da família, "quando a demanda manifestada pela família extrapola o campo biológico, o profissional não identifica formas de intervenção" (SILVA; QUEIROZ; TRAD, 2004), seja pela falta de apoio entre os membros da família em relação às necessidades de saúde ou pelo contexto

de dificuldades financeiras, questões psicológicas ou emocionais.

> "(...) especificamente dos pacientes que eu atendo vejo uma demanda muito grande relacionado à questão financeira (...) são pessoas também com limitações muito grande com relação a entender e conseguir mudar os hábitos de alimentação e atividades físicas.". (Fisioterapeuta)

> "Outro desafio seria com os familiares mais na parte emocional, onde muitas vezes tem dificuldades de lidar com a situação, visando o lado psicológico no momento". (Técnica de enfermagem)

> "(...) o abismo social e educacional para o entendimento das instruções e da assistência à saúde... em geral, a família segue crenças que foram passadas por amigos, parentes e conhecidos por gerações ou e carecem de embasamento científico... convencer acompanhantes e pacientes a tentar algo novo pode ser uma grande dificuldade". (Médico)

Pelas entrevistas com os profissionais das unidades de saúde, é possível compreender os desafios presentes nas práticas em saúde que perpassam as entrelinhas da formação hegemônica, ancorada na biomedicina moderna e que se orienta pela valorização do indivíduo e o estar doente, em contraposição à construção de ferramentas de abordagem familiar e da compreensão mais ampla do contexto e das vivências das famílias:

> "Muitas vezes é difícil entender a família como um todo, já que quase sempre atendemos cada pessoa separadamente". (Médica)

Em especial quando se considera as relações familiares e a saúde mental. A situação de um paciente portador de doença mental tem várias implicações na vida da família e a estrutura familiar por sua vez também influi no quadro dessa doença (MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2016).

Os casos de transtornos psíquicos têm sido cada vez mais frequentes nos Serviços de Saúde e, além disso, estão associados, muitas vezes, ao agravamento de doenças crônicas constituindo um problema de saúde pública.

Esses transtornos vão desde a depressão emocional até distúrbios mentais mais graves como demência e loucura e permeiam diferentes faixas etárias, desde adolescentes a idosos.

Situações que contribuem para a percepção de conflitos no dia a dia dos profissionais, conforme o relato:

> "(...) me deparei com uma situação muito triste, as condições desse senhor era bem precária, sendo possível observar a não assistência de familiares a esse paciente, a higienização pessoal e do ambiente bastante insatisfatória, e a tristeza nos seu olhar demonstrava sentimento de total abandono". (Enfermeira)

Baptista et al. (2001) fizeram uma revisão sobre a influência de estruturas familiares e os graus de transtornos mentais dos jovens integrantes dessas famílias. Apresentaram pesquisas que objetivaram estudar as relações familiares e algumas características de

adolescentes, bem como a influência da família na etiologia e manutenção de problemas pessoais, distúrbios e transtornos desenvolvidos ou acentuados na fase da adolescência. Experiência próxima a que se apresenta em relação a uma das unidades de saúde, em que a equipe tem como um dos desafios acolher os jovens em suas diferentes demandas:

> "(...) Notei que me deparava com uma família em situação de desestruturação com um número elevado de filhos e baixa condição financeira". (Agente Comunitário de Saúde)
>
> "O atendimento de uma gestante de 18 anos, com outro filho de 2 anos (de outro pai) e que morava com a mãe e alguns irmãos." (Médico)
>
> "(...) adolescentes gestantes realmente muito jovens e essa é uma questão que discutimos muito na unidade." (Agente Comunitário de Saúde)

As entrevistas revelam um cotidiano de desafios para os profissionais de saúde no que se refere a uma abordagem integral da família. E confirmam o que os estudos sobre as novas configurações familiares têm exposto ao debater a existência de diferentes configurações familiares. Ao mesmo tempo em que apontam para uma tendência de construção de práticas de saúde em que o reconhecimento destas diferenças é percebido, mas a manutenção de uma formação e assistência em saúde em que o entendimento da família e das suas múltiplas faces seja componente do cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária à Saúde mostra-se como campo de atuação para o cuidado em saúde da família.

Neste contexto, tendo em vista os conceitos de família veiculados pelos profissionais da saúde, se apresenta necessária a reflexão sobre as diferentes e possíveis configurações familiares que colaboram para a diversidade de práticas de cuidado em saúde para uma abordagem integral.

A interprofissionalidade se apresenta como um horizonte nas transformações a serem incorporadas pela formação em saúde, uma vez que auxiliaria no desafio presente apresentado pelos profissionais e pela bibliografia quanto à incorporação da integralidade na saúde, na melhor compreensão do todo que constitui o ser humano, como ser biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, M.N. ; DAHER BAPTISTA, A.; DIAS, R.R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicol. Cienc. Prof**., v. 21, n. 2, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), v. 22, n. 2, p. 1717-1727, 2018.

MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Psic.: Teor. e Pesq**., Brasília, v. 32 n. 4, pp. 1-9, 2016.

MOIMAZ, S. A. D. et al. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet], v. 16, n. 1, p. 965-972, 2011.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública** [Internet], v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SILVA, I. Z.; QUEIROZ, J.; TRAD, L. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.

CAPÍTULO 5

PRÁTICAS ALTERNATIVAS E VÍNCULO: ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO INTEGRAL PROMOVIDO PELA PASTORAL DA CRIANÇA

Data de aceite: 01/11/2021

Roberta Tognollo Borotta Uema
Universidade Estadual de Maringá - UEM
Paraná
https://orcid.org/0000-0002-8755-334X

Célia Maria Gomes Labegalini
Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – Paraná
https://orcid.org/0000-0001-9469-4872

Hellen Pollyanna Mantelo Cecílio
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS
Mato Grosso do Sul
https://orcid.org/0000-0002-6597-432X

Ieda Harumi Higarashi
Universidade Estadual de Maringá - UEM
Paraná
https://orcid.org/0000-0002-4205-6841

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera
Universidade Estadual de Maringá - UEM
Paraná
https://orcid.org/0000-0003-1680-9165

Pâmela Patrícia Mariano
Faculdade de Medicina Integrado/ Campo Mourão
Paraná
https://orcid.org/0000-0002-7673-7581

Gabrieli Patrício Rissi
UNICESUMAR
Paraná
https://orcid.org/0000-0002-1702-4004

Bianca Machado Cruz Shibukawa
Universidade Estadual de Maringá - UEM
Paraná
https://orcid.org/0000-0002-7739-7881

Jéssica Adrielle Teixeira Santos
Universidade Estadual de Maringá - UEM
Paraná
https://orcid.org/0000-0002-8823-7170

Marjorie Fairuzy Stolarz
Universidade Estadual de Maringá - UEM
Paraná
https://orcid.org/0000.0002.8545.9866

Iara Sescon Nogueira
UNINGÁ
Paraná
https://orcid.org/0000-0001-5815-9493

Sonia Silva Marcon
Universidade Estadual de Maringá - UEM
Paraná
https://orcid.org/0000-0002-6607-362X

RESUMO: Estudo desenvolvido com o objetivo analisar as práticas de cuidado desenvolvidas pela Pastoral da Criança na perspectiva das famílias atendidas. Pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa realizada com 16 familiares. Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas e, posteriormente submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática. Formularam-se as seguintes categorias: Práticas Alternativas e Práticas Complementares: O Cuidado Integral Promovido pela Pastoral da

Criança" e "O vínculo como estratégia de cuidado". O trabalho voluntário da Pastoral da Criança é muito importante para as famílias atendidas, pois as mesmas são tratadas com integralidade e dentro de seu contexto social. Destacaram-se como frentes de atuação o apoio, a educação, a proximidade e a escuta, fatos que fortalecem e ajudam a criar laços e vínculos com as famílias acompanhadas.
PALAVRAS-CHAVE: Família. Voluntários. Assistência Integral à Saúde. Promoção da Saúde.

ALTERNATIVE PRACTICES AND BOND: STRATEGIES FOR INTEGRAL CARE PROMOTED BY CHILDREN'S PASTORAL

ABSTRACT: Study developed with the objective of analyzing the care practices developed by Pastoral da Criança from the perspective of the assisted families. Exploratory descriptive research with a qualitative approach carried out with 16 family members. Data were collected from May to July 2014, through semi-structured interviews and later submitted to content analysis, thematic modality. The following categories were formulated: Alternative Practices and Complementary Practices: Comprehensive Care Promoted by Pastoral da Criança' and 'The bond as a care strategy'. The volunteer work of Pastoral da Criança is very important for the families served, as they are treated with completeness and within their social context. Support, education, proximity and listening were highlighted as action fronts, facts that strengthen and help to create bonds and bonds with the monitored families.
KEYWORDS: Family. Volunteers. Comprehensive health care. Health promotion.

INTRODUÇÃO

A Pastoral da Criança (PC), criada pela Dra. Zilda Arns, médica sanitarista, em parceria com a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) no ano de 1983, é uma organização sem fins lucrativos e de natureza filantrópica que conta com a atuação de voluntários para realização de acompanhamento a famílias carentes. Atualmente, a Pastoral atua em todos os estados do Brasil, envolvendo uma rede de 230 mil voluntários, sendo 92% deles do sexo feminino. A cada mês, cerca de 1,7 milhões de crianças menores de seis anos e 80 mil gestantes são assistidas pela organização (PASTORAL DA CRIANÇA, 2013).

A base da pastoral é a família e a comunidade. Seu trabalho é visto como uma das organizações mundiais mais importantes que atuam nas áreas de saúde, nutrição e educação da criança. A dinâmica consiste em delegar para líderes comunitários, a mobilização das famílias no cuidado de seus filhos, contando com três momentos de trocas de informações: dia da pesagem, visitas domiciliares e reuniões mensais entre os líderes de uma mesma comunidade, a fim de refletir e avaliar o trabalho realizado (TEOTÔNIO et al., 2015).

O foco de atenção da PC engloba cinco frentes: cuidados com a gestante, aleitamento materno, vigilância nutricional, soro caseiro e vacinação. Os voluntários também ajudam a plantar hortas comunitárias, participam de programas de rádio e orientam as famílias

a melhorar a nutrição por meio do aproveitamento adequado dos alimentos, utilizando farelos e folhas verdes, enquanto outros ensinam a preparação e uso do soro caseiro, discutem a utilização de plantas medicinais, incentivam o aleitamento materno, auxiliam no conhecimento do desenvolvimento infantil, atuam em atividades de geração de renda e alfabetização de jovens e adultos (TEOTÔNIO et al., 2015).

A criação da pastoral e sua força de atuação no Brasil demonstram que um novo modelo de ação em saúde vem sendo disseminado, no qual a criação de vínculos entre voluntários e famílias é cada vez mais consolidado, por meio da percepção, por parte da comunidade, da assiduidade e compromisso que caracterizam a atuação dos promotores de saúde da PC (PASTORAL DA CRIANÇA, 2013).

Os voluntários da pastoral compartilham informações com as famílias assistidas de um modo positivo e útil, contribuindo para a formação de vínculos e criando forças para a participação de atividades que melhorem não somente sua qualidade de vida, mas também das crianças acompanhadas, construindo uma rede de cuidados entre a pastoral, a unidade básica de saúde e a própria família (MARQUES; MENDES; SANTOS, 2012).

Considerando a importância do papel da Pastoral da Criança enquanto prática alternativa que emprega tecnologia leve no cuidado às famílias, centrada no vínculo e tendo em vista a escassez de estudos abordando esse contexto, justificamos a presente proposta investigativa, que tem por objetivo analisar as práticas de cuidado desenvolvidas pela Pastoral da Criança na perspectiva das famílias atendidas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa, realizado com 16 familiares de crianças atendidas pela PC, em dois municípios do interior do estado do Paraná. O município de Maringá está localizado na região noroeste, com área total de 487,012 km² e população de 436.472 habitantes (IBGE, 2021) e Marumbi, localizado na região norte, com área total de 208,470 km² e população de 4.676 habitantes (IBGE, 2021).

O processo de seleção das famílias deu-se de maneiras diferentes: em Maringá, a escolha das participantes foi intermediada pela coordenação da pastoral que indicou seis paróquias com maior atuação dentro da organização, sendo entrevistado um familiar de cada paróquia. No município de Marumbi, que conta apenas com uma paróquia, foram abordadas 10 famílias que participam com regularidade das atividades da Pastoral.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2014, por meio de entrevistas semi-estruturadas, registradas com o uso de um gravador digital e, posteriormente, transcritas na íntegra, no sentido de preservar a fidedignidade das informações. Os dados foram coletados sem pré-determinação do número de sujeitos, pois a quantidade de indivíduos foi determinada pela saturação dos dados e, principalmente, na medida do alcance dos objetivos previamente estabelecidos.

Nesta perspectiva, há que se levar em conta que a validade do indicante de sujeitos está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões, pois na busca qualitativa o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão do grupo a ser investigado (POLIT; BECK, 2018).

Os dados foram analisados utilizando-se da análise temática de conteúdo, a qual consiste em três etapas: 1) Pré-análise: fase de organização dos dados brutos, cujo objetivo é sistematizar as ideias iniciais por meio de leituras flutuantes para estabelecer contato com os documentos. Tem como regras principais a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; 2) Exploração do material e formação de categorias: classificação dos dados por diferenciação, e em seguida, reagrupamento segundo critério semântico, para obtenção das categorias temáticas; 3) Tratamento das categorias obtidas e interpretação: seleção das categorias significativas juntamente com as inferências e a opinião de outros autores (BARDIN, 2016).

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o estabelecido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e seu projeto foi apreciado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (CAAE: 29326814.7.0000.0104). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento livre e Esclarecido em duas vias de igual teor. Para assegurar o anonimato, os participantes foram identificados com a letra E de entrevistado, seguido de números arábicos sequenciais, de acordo com a realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistadas 16 familiares, todas do sexo feminino, com idade entre 17 e 72 anos, sendo que dez concentravam-se na faixa de 20 a 39 anos. Entre as participantes, nove eram casadas, cinco viviam em união estável, uma era solteira e uma separada. Sobre o grau de parentesco com as crianças assistidas pela Pastoral, doze eram mães, uma bisavó e três avós.

Em relação ao grau de escolaridade, sete possuíam ensino médio completo, quatro incompleto, quatro possuíam ensino fundamental incompleto e uma era analfabeta. A maioria delas eram donas de casa, duas aposentadas, uma Agente Comunitária de Saúde, uma vendedora, uma cabeleireira, uma auxiliar de produção e uma auxiliar de serviços gerais.

A renda familiar mensal variou de um salário mínimo e meio a cinco salários mínimos. Na maioria das famílias havia duas pessoas contribuintes, em três famílias havia um responsável pela renda; uma única família apresentava três contribuintes da renda e duas famílias apresentavam quatro contribuintes da renda.

As residências possuíam entre quatro e sete cômodos, quatro eram de madeira, três

mistas e as demais de alvenaria. O número de integrantes em cada família variou de três a sete pessoas, sendo que sete famílias possuíam quatro pessoas. A quantidade de crianças por família variou de uma a cinco, sendo que seis famílias possuem apenas uma criança e uma família possui cinco.

Assim, tomou-se conhecimento de 29 crianças atendidas pela Pastoral, sendo dezoito meninas e onze meninos, com idade variando de cinco meses a 13 anos. Dentre as crianças, dois tinham anemia e um autismo. Todas as crianças em idade escolar estavam matriculadas e frequentando as aulas.

O tempo de acompanhamento variou de um ano e quatro meses a 13 anos. A Pastoral da Criança realiza o acompanhamento da gestação até os seis anos de idade, contudo o tempo que as famílias relatam é maior, pois várias estão fazendo o acompanhamento do segundo ou terceiro filho.

A maior parte das famílias conheceu a Pastoral por meio de voluntárias que foram visitá-las ainda durante a gestação. Duas relataram que foram convidadas por vizinhas e amigas que já faziam acompanhamento, uma pela mãe que também era voluntária, uma por indicação da irmã que já foi acompanhada e uma por ter participado ainda quando criança.

Após análise, os relatos das participantes levaram à configuração das seguintes categorias temáticas: "Práticas Alternativas e Práticas Complementares: O Cuidado Integral Promovido pela Pastoral da Criança" e "O vínculo como estratégia de cuidado".

Práticas alternativas e práticas complementares: o cuidado integral promovido pela pastoral da criança

Evidenciou-se que o cuidado ofertado pela Pastoral de Criança pauta-se nas práticas alternativas, evidenciado nas falas a seguir:

> [...]Ajuda né, às vezes a gente precisa de uma ajuda com as crianças em determinado assunto, então ajuda bastante nessa parte.(E3)
>
> Ah eu acho bom né, porque o que eles falam é de cuidar das crianças bem, ajuda a cuidar das crianças. (E1)
>
> Eu acho que é bom em tudo, por que pelo menos, principalmente no peso da criança, por que vai que a minha filha tá desnutrida e eu não vou saber, né, por ai gente que eu respondo. (E9)
>
> Muitas famílias que precisam né, do apoio deles, não tem como tá indo num posto, com um médico... e a pastoral sempre tá ali analisando né, qual é o peso, qual é a altura, olha você precisa ter um acompanhamento, e eles pegam firme né. (E5)

A Pastoral da Criança é mundialmente reconhecida e sua importância foi bastante disseminada nos relatos das participantes, inclusive apresentando o mesmo valor da UBS. Por estarem próximas da comunidade, as voluntárias conseguem acompanhar o aparecimento de alguns problemas e auxiliar no desfecho de forma prática e resolutiva,

fato que agrega segurança em ser acompanhado por uma organização que está sempre presente.

A proximidade e o vínculo formado com as famílias favorece um acompanhamento saudável e bem estar tanto para quem realiza como para quem recebe as orientações. O convívio social, a segurança em saber que existem pessoas próximas e dispostas a ajudar, além de indicar possíveis soluções para solucionar os conflitos, faz com que a pastoral seja vista como uma organização acolhedora e participativa.

O fato das voluntárias pertencerem à comunidade e conhecerem às famílias desde a gestação, ou em alguns casos até antes disso, favorece uma relação bastante horizontalizada, na qual os saberes da população são valorizados e agregados aos saberes trazidos pela pastoral da criança. O vínculo e o acolhimento favorecem o cuidado integral, pois ajudam a horizontalizar as práticas em saúde, a partir do momento em que constrói laços afetivos, confiança, respeito e valorização dos saberes do outro (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020).

As ações da pastoral da criança apresentam caráter educativo visando a promoção da saúde de famílias e crianças. Quando pensamos na primeira fala, podemos notar que a mãe refere-se à UBS como um ambiente que frequenta quando precisa de remédios ou um atendimento específico, e que a pastoral é o local onde ocorrem as orientações e acompanhamento, sendo um complementar ao outro e ambos apresentando o mesmo valor. A promoção da saúde não é objeto exclusivo da prática médica, mas deve favorecer o envolvimento e a participação de todas as pessoas, organizações, associações e comunidades. Nessa perspectiva, a ênfase não fica apenas na saúde, mas sim em uma rede de temas diversos que deverão ser abordados a fim de criar possibilidades de mudanças, englobando os modos de vida, comportamentos e ambiente em que vivem e convivem as pessoas (CARVALHO; COHEN; AKERMAN, 2017).

Notamos que a UBS foi identificada como um ambiente de caráter curativo, quando na verdade sua função é a de promover, prevenir e acompanhar a saúde, e que deveria atuar em conjunto com a pastoral, uma vez que esta última também executa atividades de acompanhamento, promoção e prevenção. A dificuldade em conseguir atendimento via UBS, a falta de comprometimento e resolutividade dos processos que ali ocorrem, somado a falta de vínculo dos profissionais com a comunidade, faz com que a pastoral seja escolhida como o ambiente ideal para buscar ajuda.

O bom acolhimento é ressaltado novamente com a preferência das famílias em levar as crianças para o acompanhamento na Pastoral e não na Unidade de Saúde.

O cuidado em saúde envolve decisões sobre a possibilidade e a necessidade de determinados procedimentos, remetendo a uma reconstrução de saberes e práticas com novas dimensões para o cuidado que respeite, proteja e efetive os direitos dos cidadãos, fundamentado em uma base dialógica, apoiada nos saberes e valores dos diferentes sujeitos envolvidos (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Diante disso, aponta-se a necessidade de trabalhar com a proposta de saúde da família e com um conceito ampliado de saúde, envolvendo questões sociais, situações complexas e difíceis, nas quais a atuação isolada do profissional de saúde tende a não alcançar impactos significativos, sendo muito importante a parceria e o trabalho em rede (BRITO; MENDES; SANTOS, 2018).

Contudo quando faz-se necessário os voluntários da Pastoral indicam práticas complementares, destacado nos relatos a seguir:

> Então eles sempre perguntam né se tem algum probleminha, algum probleminha mais grave, se for preciso eles até encaminham para uma pediatra [...] (E5)
>
> E eles pegam firme né, olha ta ruinzinha e você não foi no médico... é melhor você ir no médico... e tem muita gente que não tem condições de ta comprando frutas e verduras no dia a dia e vai lá e eles sempre servem muitas frutas né...(E5)

As famílias conseguem perceber as diferenças entre as práticas de saúde tradicionais e alternativas:

> [...] A Pastoral tem o trabalho dela que é muito bom né, de informação, muitas vezes de ajuda né e o Postinho já é mais uma coisa da saúde né, que se você tá precisando de um remédio, daí um especialista vai saber indicar, tanto que às vezes a Pastoral indica uns remedinhos bom mas né, às vezes precisa de uma coisa mais e o postinho né tá aí, então os dois tem o mesmo valor [...].(E3)

Entre os motivos relatados por preferir a Pastoral está o acolhimento, a prontidão em atender e a resolução dos problemas. E as famílias fazem uma crítica à tecnologia dura que aqui é demonstrada pela organização rígida de acesso ao serviço de saúde:

> Prefiro a pastoral. Uma porque eles tratam melhor a gente e outra porque é mais... eu acho mais fácil de conseguir... é mais fácil as coisa pela pastoral do que pelo posto as vezes, sabia... que nem consulta, consulta do posto demora um monte, aqui não, na pastoral não... você marca e dois, três dias depois eles já consegue pra gente. (E8)

As participantes apontaram a preferência pela Pastoral e não pelas unidades de saúde, devido à sua resolutividade. Deveras, ao refletir tal aspecto, encontra-se um longo tempo de espera para o atendimento, consultas baseadas apenas em queixas, falta de explicações e esclarecimentos sobre os procedimentos adotados, ausência de espaço na unidade destinada à criança e ambientes pouco acolhedores. Essas características configuram-se num atendimento pouco humanizado, que não oferece bem-estar, segurança e conforto para as crianças, pais e/ou responsáveis e aos próprios profissionais (CECÍLIO; REIS, 2018).

Diante dessa conjuntura, a intersetorialidade tem papel crucial permitindo a expansão das ações de saúde, tornando-se fundamentais as estratégias de gestão para consolidar a integralidade das ações e serviços, especialmente diante do conjunto de leis e programas

que visam alcançar a proteção integral das crianças (BRITO; MENDES; SANTOS, 2018).

O vínculo como estratégia de cuidado

O cuidado ofertado pela Pastoral pauta-se no vínculo com as famílias, e este é relatado frequentemente pelas famílias, conforme excertos a seguir:

> Eu vou sempre vou até na chuva, pego o guarda-chuva e falo: vamos meu filho e ele vai embora (risos). (E2)
>
> Eu gosto de ficar no meio daquele povo lá (risos). É gostoso mesmo né?! (E1)
>
> É uma vez só no mês e é gostoso né, eu gosto de levar as crianças para acompanhar [...] eu não perco! Meus filhos já tão tudo grande, agora eu levo os netos. (E15)
>
> Ela (a filha) gosta, ela não deixa eu perder, [...] ela não perde (risos) tanto é que antes eu não ia, mas ela gosta, ela fala que vai, ela fala eu quero ir e daí a gente vai, antes ela não ligava, ela não gostava assim de outras crianças, agora não, agora mudou. (E2)
>
> É muito bom, eu gosto, mas é bom né ajuda, às vezes a gente precisa conversar com alguém sobre um determinado assunto das crianças e tem alguém ali para ajudar a gente, é abrir, como é que posso dizer, é... ah meu Deus fugiu a palavra. (E3)
>
> Acho! Muito bom, por que as vezes a gente não imagina é a importância que tem o trabalho da pastoral e é muito importante, não só pra, para agentes da Pastoral como para as mães, muitas vezes as mães precisam de uma mão amiga pra tá ali ajudando né e a Pastoral tá aí para isso [...]. (E3)
>
> Ai eu prefiro a pastoral. É mais próximo de casa né e... sei lá, eu prefiro a pastoral. (E6)
>
> A preferia lá mesmo (refere-se a Pastoral) o povo atende bem a gente viu. (E1)
>
> Se fosse para eu escolher eu escolheria a pastoral, pelo atendimento [...]. (E7)
>
> Acho que mil vezes a Pastoral, por que no Posto de Saúde esses dias eu até briguei com uma mulher lá, (risos) oh sabe por que, se elas tão lá, a minha opinião é essa, não sei se eu vou estar errada, se elas tão lá, eu acho que tipo assim, elas tem que atender e não ficar de cara feia quando a gente precisa. (E9)

O vínculo formado entre os voluntários da Pastoral da Criança com as pessoas que frequentam é importante e perdura a participação, por muitos anos, assim como relatado.

As ações desenvolvidas pela Pastoral da Criança compõem um conjunto de práticas educativas simples, baratas e facilmente replicáveis, focalizadas na capacitação das famílias para os cuidados com a criança. Para compreender as demandas de cuidado das famílias, ao longo de sua trajetória de vida, faz-se necessário adentrar em seu mundo e reconhecer suas particularidades, entendendo a saúde de forma mais ampla e incluindo, desde cuidados essenciais para manter a vida até aqueles relacionados com sua qualidade, o que abarca o âmbito das interações afetivas, o aprendizado de hábitos e comportamentos que contribuem para uma vida saudável (FILHO; ROCHA; GOUVEIA, 2019).

Assim, o cuidado transmitido por meio de carinho, vínculo e acolhimento, promove a continuidade da atenção prestada pela Pastoral da Criança, fortalecendo as práticas de saúde, não só através da atuação dos profissionais, mas também por meio de outras entidades dispostas a executar políticas sociais destinadas à redução de mazelas geradas pelo sistema vigente. Neste sentido, a Pastoral da Criança auxilia na construção de planos de responsabilização, para maior integralidade da atenção à saúde e exercício do direito à saúde, destacando as ações em favor da criança, um ser especialmente vulnerável (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Além disso, o vínculo incentiva a participação tanto das mães/avós, quanto das crianças, que gostam do ambiente e da companhia.

No tocante ao atendimento à criança, é necessário refletir sobre a saúde e o desenvolvimento infantil em sua integralidade, compreendendo-o como um processo dependente de diferentes fatores, o qual envolve a família, e não se restringe apenas à ausência de doenças. Os princípios norteadores do cuidado à criança abrange práticas e ações intersetoriais que contemplem o acesso universal, o acolhimento, a assistência integral, a equidade e a participação da família (CECÍLIO; REIS, 2018).

As famílias atendidas pela pastoral referem a instituição como importante fonte de apoio no que tange o cuidado às crianças, expresso principalmente por meio da escuta e do diálogo, além disso, o acompanhamento fornece às mães segurança no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento de seu filho.

A fim de estimular e manter o vínculo, além de visitas domiciliares, outras estratégias são utilizadas:

> Eu gosto, é interessante, a gente vai lá e conversa com as outras pessoas, a gente não tem muita opção de passeio e tal, daí é legal, vou encontrar as pessoas, vou conversar vou saber novas coisas, vou aprender mais um pouco, acho legal de ter o lanche, de ter o incentivo de um presente, não é sempre que a gente ganha, mas você fica contente, porque você tem várias lembranças, eu tenho muitas lembranças da Pastoral, guardanapo, tupeware, fronha, tenho coleção (risos). Igual aquele dia deu aquela meia pra gente nossa é uma lembrança ótima, porque aquilo é um carinho, um incentivo, então é isso, eu acho muito interessante e acho que as pessoas deviam dar mais valor no que tem, e as pessoas muitas vezes fica atrás de uma televisão, fica em casa dormindo e você vai perder uma ótima coisa, eu acho isso (E4)

Além dessas alternativas, a prática de cuidado é centrada na comunicação:

> Ah é muito bom, ah por que assim as coisas que eu não sabia eles vem aqui e ensina a gente, o que a gente não sabe eles explica, o que a gente não entende eles explica de novo, sabe tem uma paciência para explicar.. (E14)

A pastoral da criança tenta proporcionar um cuidado integral às famílias atendidas, englobando diversas frentes de cuidado. Uma das possibilidades para edificar novas formas de se fazer saúde seria a potencialização de dispositivos de apoio, articulando proximidade com a população, auxílio no cuidado, estratégias educativas em busca da aproximação e

humanização do atendimento (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020).

A PC é vista como fonte de apoio às famílias por diversos motivos que se relacionam à estrutura organizacional e sua forma de atuação junto aos acompanhados. Por estarem próximas da comunidade a pastoral consegue dar ouvidos às famílias e ouvir seus reais anseios. O apoio somente é reconhecido pelos que o recebem se este vier de encontro com suas necessidades reais, para isso faz-se necessário que ocorra um processo de escuta ativa, onde o familiar tem seus anseios e preocupações identificados pelos profissionais ou educadores (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020).

A companhia, a troca de informações e a proximidade gerada pelo grupo como um todo, fazem dos encontros da Pastoral um ambiente acolhedor e, caracterizado como um local de lazer pelas pessoas que frequentam. Os voluntários da Pastoral acolhem e recepcionam as pessoas com carinho, o que é reconhecido pelas participantes.

A troca de informações e conhecimentos entre os voluntários e as famílias visa fornecer às crianças condições de vida como sujeito social, de modo que a Pastoral preocupa-se em acompanhar as crianças juntamente com suas famílias. Para tanto, promover a criação de vínculo entre os participantes e produzir sujeitos corresponsáveis diante do processo saúde-doença da criança, considerar os saberes do usuário, além de não centrar as atividades em procedimentos técnicos, buscar refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com o usuário são ações e estratégias que possibilitam firmar uma relação mais próxima com as pessoas que buscam e/ou precisam desse acompanhamento (CECÍLIO; REIS, 2018).

As atividades educativas desenvolvidas pela pastoral por meio das visitas domiciliares e nas reuniões para a pesagem das crianças são apontadas como apoio no cuidar e importantes para o aprendizado das mães, que o reconhecem de forma positiva e necessária. As mães afirmam que na pastoral, muitas dúvidas são sanadas e novos conhecimentos são levados para dentro do ambiente familiar, e consequentemente para a vida toda.

> Eu acho que tudo em si na pastoral é um aprendizado que se a gente aprende, é para vida inteira... para gente ir passando para neta agora...se eu alcançar o bisneto, a mesma coisa né...que eu acho que é muito bom, eu acho que eu da minha parte eu quero incentiva que todos participem né... levar as crianças... não tenham preguiça, as vezes fica acomodado de tirar um sábado pra ir levar e depois que a gente vai lá é muito gostoso e a gente aprende. Aprende com as pessoas que tá ali né, é muito bom. E7
>
> É importante, é importante para gente que tem dúvidas das coisas assim né. Muita coisa a gente não sabe, eu acho importante. E10
>
> Ah é importante por que como se diz um pouco a mais que se ensina não é demais né, ajuda muito. E9

Por meio do desenvolvimento de atividades educativas é possível fortalecer as capacidades individuais e coletivas, proporcionando melhor autonomia nas escolhas sobre

a própria vida. Essas atividades podem ser consideradas como de promoção à saúde, sendo que a mesma leva a mudança de comportamentos e hábitos de vida. Sendo uma forma de elevar autonomia dos usuários, ou seja, ampliar a capacidade de compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo da vida, e através do grau de autonomia mede-se a capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde-doença, de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (GONZALEZ; MOREIRA, 2014).

A Pastoral também é reconhecida pela preocupação e auxílio fornecidos às famílias, oferecendo por vezes atendimento médico e resolutivo. Por acompanharem as crianças frequentemente, as voluntárias acabam percebendo quando algo não vai bem e orientam a mãe que a leve à unidade básica de saúde. Quando esta última não soluciona o problema, ou até mesmo a mãe não consegue atendimento, a criança é encaminhada para consulta com o médico da clínica da pastoral.

Um dos focos da pastoral acaba sendo o desenvolvimento pessoal para então cuidar-se melhor e consequentemente cuidar melhor de seus filhos, e este pode ser feito tanto no âmbito individual realizado nas visitas domiciliares, como no âmbito coletivo, quando realizado no dia da pesagem. O processo de trabalho da PC, no qual as famílias recebem visitas em sua própria residência, é apontado como importante pelas famílias devido a proximidade da organização com a comunidade, propiciando conforto, segurança e tranquilidade aos acompanhados.

O fato das voluntárias irem até a casa das famílias faz com que vejam e sintam o ambiente familiar, de modo que se houver alguma intercorrência ou outro tipo de dificuldade dentro de casa, principalmente quando pensamos nas famílias carentes, elas saberão como intervir por estarem mais próximas e já serem conhecidas pela família que, consequentemente, deposita confiança nelas. Além disso, as famílias sentem-se abertas a questionar quando não entendem algo e veem a pastoral como um verdadeiro parceiro no cuidado de seus filhos.

Por estarem sempre próximas, as voluntárias da PC tem um vínculo muito forte com as famílias, primeiro porque vão fazer as visitas desprovidas de qualquer preconceito, segundo, porque estão abertas a ouvir e a explicar determinado assunto quantas vezes forem necessárias, e por último, quando a mãe não consegue resolver seu problema via UBS a pastoral resolve por um caminho alternativo. Diante de tanto contato e de tanta resolutividade, fica difícil não criar vínculo e estabelecer confiança com as voluntárias.

O apoio recebido pela PC leva ao vínculo e este representa possibilidades de se construir uma nova prática em saúde, pois passa a compreender a necessidade de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso (FILHO; ROCHA; GOUVEIA, 2019).

Apesar de todas as vantagens já citadas e da forte influência da pastoral na vida das famílias e crianças, encontramos nos relatos que algumas mães ainda não tiveram essa

percepção, ou ainda relatam falta de tempo para levar os filhos às atividades. Destacamos esses pontos como uma fragilidade dentro da organização, pois por ser uma frente de combate a mortalidade e aos agravos infantis, a pastoral deveria conseguir captar e manter todos dentro do seu círculo de acompanhamento, porém infelizmente, os escapes continuam acontecendo.

> [...] falta as mães se conscientizarem um pouco mais e levar as criança". E3
>
> "[...] Ih já falei pra tantas (mães), algumas foi algumas não foi não [...] mas tem gente que você fala por falar, que não adianta teimar que não vai né". E12
>
> "Ah preguiça, fim de semana é o dia que eu tenho pra fazer as coisa de casa e descansar e daí acaba dando preguiça". E13
>
> "[...] o meu mesmo é falta de tempo, é porque o sábado é [...] o único dia que eu tenho para fazer tudo o que eu tenho que fazer, ai as vezes não tem como eu ir, ai ela vai e leva as criança (avó das crianças) [...]". E16

Podemos inferir que o fato de algumas mães não comparecerem é porque ainda não perceberam os efeitos resolutivos da pastoral na prática e como isso influencia significativamente no crescimento e desenvolvimento de seu filho. Infelizmente, não se pode obrigar todos a participarem, pois é uma escolha facultativa.

O fato das reuniões serem em sua grande maioria no sábado pode dificultar a rotina de algumas mães, e esta pode ser uma das causas do baixo comparecimento, inclusive citada em um dos relatos, mas que devido à compreensão materna de que aquilo é importante para seu filho, conseguiu encontrar uma solução, delegando para a avó a responsabilidade de levar as crianças às reuniões.

Estudo realizado em uma comunidade acompanhada pela pastoral da criança, demonstrou que já naquela época, a falta de adesão materna às atividades realizadas era constante. Segundo os autores, 70% das mães de crianças menores de três anos que iniciaram acompanhamento, já não eram mais participantes. Ainda no mesmo estudo, identificaram como motivos para abandono das práticas: famílias com uma condição socioeconômica melhor, tendem a abandonar mais precocemente, e àquelas com renda inferior, abandonam por migração (FILHO; ROCHA; GOUVEIA, 2019).

Em nosso estudo, não estabelecemos como objetivo identificar as causas pelas quais as famílias deixam o acompanhamento, portanto não podemos afirmar que a justificativa encontrada na pesquisa anterior corrobora nossos achados. Acreditamos que para realizar tal afirmação é necessário outro estudo com objetivos voltados para esse fim, além de ouvir especificamente as famílias que deixaram a pastoral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho voluntário da Pastoral da Criança é muito importante para as famílias atendidas, pois as mesmas são tratadas com integralidade e dentro de seu contexto social.

As frentes de atuação são o apoio, a educação, a proximidade e a escuta, fortalecendo e criando laços e vínculos com as famílias acompanhadas.

Os profissionais de saúde, sobretudo os que atuam na atenção primária, devem reconhecer as organizações voluntárias existentes na sua área de abrangência e criar parcerias com as mesmas, de modo a estimular e capacitar o trabalho social, além de ser uma oportunidade de união entre a comunidade e os profissionais de saúde, de modo que o acompanhamento fique mais completo, e melhore não só seu trabalho dentro da unidade básica de saúde, mas principalmente na vida das famílias que utilizam ambos os serviços.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p., 2016.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. Purpose of work in the Family Health Strategy. **Interface**. Botucatu, v. 22, n. 64, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/xTL58HHyhLy5kjspPbYmLbC/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 22 set. 2021.

CAMARGO, D. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). **Interface**. Botucatu, v. 24, suppl 1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/WYcC7Q6SfbxJtZ3tpXXJjNy/?lang=pt. Acesso em: 22 set. 2021.

CARVALHO, F. F. B.; COHEN, S. C.; AKERMAN, M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar ‘dogmas’. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 265-276. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xV7FHzBmscvF7J3Xt85Yc9t/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 22 set. 2021.

CECÍLIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n.8, e00056917, 2018. Disponível em: https://scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00056917/en. Acesso em: 22 set. 2021.

CNBB. **Pastoral da Criança, Regimento Interno da Pastoral da Criança.** Curitiba. 2013. [acesso em 2021 set 21]. Disponível em: http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/quemsomos/69-regimento-interno-2013. Acesso em: 22 set. 2021.

FILHO, A. C. A. A.; ROCHA, S. S.; GOUVEIA, M. T. O. Possibilidades para a integralidade do cuidado da criança na atenção básica. **Revista Cubana de Enfermería**. Cuba, v. 35, n. 1, 2019. Disponível em: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1765/419. Acesso em: 22 set. 2021.

IBGE. **Infográficos: dados gerais do município. Marumbi.** Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=411550. Acesso em: 21 set. 2021.

IBGE. **Infográficos: dados gerais do município. Maringá.** Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=411520&search=lmaringa. Acesso em: 21 set. 2021.

MARQUES, F. C.; MENDES, K. S. M. R.; SANTOS, W. Q. Intersetorialidade: possibilidade de parcerias entre a Estratégia Saúde da Família e a Pastoral da Criança. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 544-553, out./dez. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6QWbK5MC34J5rCcSZBFyMQ/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. Acesso em: 21 set. 2021.

TEOTÔNIO, R.V.; SOUSA, L. S. A. N.; LIMA, L. H. O. et al. Anthropometric epidemiological profile and children accompanied by leaders of ministry of child. **Revista de Enfermagem da UFPI.** Piauí, v. 4, n.4, p. 41-48. 2015. Disponível em: https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2944/pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

TESSER, C. D..; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.42, n. especial 1, p. 361-378, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxhpPLWJjJMWrq9fL4K/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 22 set. 2021.

CAPÍTULO 6

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM CENTRADAS NOS IDOSOS

Data de aceite: 01/11/2021
Data de submissão: 28/09/2021

Célia Maria Gomes Labegalini
Universidade Estadual do Paraná
https://orcid.org/0000-0001-9469-4872

Iara Sescon Nogueira
Universidade Estadual de Maringá
https://orcid.org/0000-0001-5815-9493

Ana Carla Borghi
https://orcid.org/0000-0002-3522-0666

Rayane Nascimbeni Maldonado
https://orcid.org/0000-0002-2344-6983

João Pedro Rodrigues Soares
https://orcid.org/0000-0001-5725-3795

Mariana Pissioli Lourenço
Universidade Estadual de Maringá
https://orcid.org/0000-0003-4097-5040

Giovana Antoniele da Silva
https://orcid.org/0000-0001-6774-7721

Camila Napolis da Silva
https://orcid.org/0000-0001-7210-9177

Ana Gabriela Fernandes Frank
Universidade Paranaense
https://orcid.org/0000-0003-2564-6230

Poliana Avila Silva
Universidade Estadual de Maringá
https://orcid.org/0000-0002-5930-7424

Lígia Carreira
Universidade Estadual de Maringá
https://orcid.org/0000-0003-3891-4222

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera
Universidade Estadual de Maringá
https://orcid.org/0000-0003-1680-9165

RESUMO: Descrever o processo de implantação de estratégias de enfermagem que favoreceram o acesso ao serviço de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção aos idosos residentes em uma área descoberta por equipes da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa-ação aplicada delimitada em duas fases interdependentes, realizada com 116 idosos. As estratégias da enfermagem foram: visitas domiciliares, consultas de enfermagem e grupos operativos. A pesquisa-ação possibilitou implantar estratégias de enfermagem que favoreceram o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção à saúde dos idosos pesquisados, ressaltando a relevância da enfermagem para a atenção primária à saúde.
PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Acesso aos Serviços de Saúde. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ATTRIBUTES OF PRIMARY HEALTH CARE: NURSING-FOCUSED STRATEGIES IN THE ELDERLY

ABSTRACT: To describe the process of implementation of nursing strategies that favored

access to the health service, longitudinality and coordination of care for the elderly in an area discovered by the Family Health Strategy teams.This is an applied action research delimited in two interdependent phases, performed with 116 elders. Nursing strategies were: home visits, nursing consultations and operating groups. Action research made it possible to implant nursing strategies that favored access, longitudinality, completeness and coordination of health care for the elderly surveyed, emphasizing the relevance of nursing for primary health care.
KEYWORDS: Aged. Health Services Accessibility. Nurging. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

As disparidades na qualidade dos serviços de saúde, a carga social de doenças distintas, o envelhecimento populacional e as desigualdades regionais brasileiras colocam-se como desafios para a alocação equitativa de recursos de saúde no país (CASSIANI; ZUG, 2014). Da mesma forma, a urgência de ações que assegurem a cobertura universal de saúde e o acesso universal de saúde, visto que são metas primordiais dos sistemas de saúde incentivadas pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) (OPAS, 2014; MEHL, LABRIQUE, 2014).

Uma das condições principais para a implementação da cobertura universal de saúde e do acesso universal de saúde é a força de trabalho, particularmente dos enfermeiros. Para isso, a organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) tem recorrido ao aumento do número de enfermeiros, além de parcerias com a academia (CASSIANI; ZUG, 2014; OPAS, 2014), procurando melhor qualificar a gestão e atenção dispensada pelos serviços de saúde. A própria OMS em conjunto com a Iniciativa Global de *Health Johns Hopkins University* estimula o planejamento de estratégias e inovações tecnológicas para superar as dificuldades comuns e persistentes na cobertura de saúde universal, ressaltando a necessidade de priorização de investimentos e oportunidades de colaboração nesse contexto (MEHL; LABRIQUE, 2014).

No Brasil, a APS é reconhecida como um componente-chave para reordenar o sistema de atenção à saúde, com o propósito de combater as iniquidades em saúde. Para desenvolver-se requer práticas de cuidado e gestão sob forma de trabalho em equipe, especialmente equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), dirigida às populações de territórios definidos pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de seu território, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa e não na doença (CONASS, 2011; CAMPOS et al., 2014).

Quando se trata de área coberta pela ESF, obrigatoriamente se assegura os fundamentos e diretrizes da APS, uma vez que o processo de trabalho dessas equipes prevê o levantamento de dados para planejamento da assistência, por meio de instrumentos e sistema de informação próprio (CONASS, 2011). Por inúmeras questões, entretanto, as

áreas de abrangência de uma unidade de saúde podem não ter 100% de cobertura das equipes de saúde da família, especialmente quando possui população que ultrapassa a capacidade dessas equipes. Nessas situações, o cuidado fica fragilizado.

Na atual conjuntura do envelhecimento populacional, uma área territorial não acompanhada sistematicamente pela APS coloca-se como problema que precisa de resolução, sobretudo por considerar que os idosos constituem-se na maior demanda para os serviços de saúde nos últimos anos (CRUZ et al. 2020). Suas necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sócio-familiares peculiares, além de ampliar a demanda de cuidados para o sistema de saúde (ALMEIDA; CIOSAK, 2013).

A promoção à saúde, prevenção de doenças, manutenção da independência e da autonomia são prerrogativas do envelhecimento saudável usualmente concretizadas por ações planejadas pela equipe de enfermagem (CONASS, 2011). Entretanto, prescindem dos atributos da APS, quais sejam: o acesso à saúde, a longitudinalidade do cuidado, a integralidade e a coordenação da atenção.

O acesso de primeiro contato refere-se à acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade está relacionada à existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. Refere-se à relação entre a população e sua fonte de atenção, que deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002).

A integralidade, por sua vez, diz respeito à adequada utilização de serviços disponíveis e prestados pela atenção primária, tanto de caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Incluem a atenção em média e alta complexidade (STARFIELD, 2002).

A coordenação da atenção implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante, num processo que visa integrar serviços de saúde com a utilização de mecanismos e instrumentos específicos para estabelecer fluxos, trocar informações sobre o usuário e seu processo assistencial, referenciar e contrarreferenciar usuários entre serviços do mesmo ou em distintos níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Sabe-se que esses atributos essenciais da APS favorecem melhores resultados nas intervenções em saúde e possibilita a continuidade do cuidado em qualquer nível de atenção, uma vez que visa a qualificação do cuidado prestado ao idoso e melhora sua qualidade e seus níveis de saúde (MEHL; LABRIQUE, 2014). Assim, é importante abordar os atributos essenciais da APS em áreas de não cobertura da ESF, de modo a viabilizar informações para os profissionais de saúde na atenção a essa parcela de idosos.

Nesta perspectiva, o presente estudo objetivou descrever o processo de implantação

de estratégias de enfermagem que favoreceram o acesso ao serviço de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção aos idosos residentes em uma área descoberta por equipes da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa-ação aplicada (EL ANDALOUSSI, 2004) por ter sido conduzida com a finalidade essencial de gerar pesquisa e ação, articulando a participação dos atores-pesquisadores na resolução da problemática (MORIN, 2004) que envolvia a acesso aos serviços de saúde, longitudinalidade, integralidade e a coordenação da atenção dos idosos residentes em área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) onde não havia 100% de cobertura da ESF.

Essa UBS possui uma abrangência populacional de 27.630 pessoas assistidas por equipes ESF, alocadas em sua estrutura física e aproximadamente 10 mil pessoas residentes nessa área sem cobertura da ESF. É uma das 33 existentes em um município com aproximadamente 380 mil habitantes, localizado na macrorregião norte do Estado do Paraná - Brasil.

Os idosos que residem na área sem cobertura da ESF são acompanhados por uma parceria academia-serviço por meio do Projeto de Extensão: “Assistência domiciliar de enfermagem às famílias de idosos dependentes de cuidados (ADEFI)” (Processo 12820/2013). Este projeto é vinculado ao Programa Centro de Referência do Envelhecimento (PROCERE), da Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Estadual de Maringá (UNATI/UEM), criado em 2014 cujos projetos são financiados pela Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do estado do Paraná.

Cumpre destacar que os atores-pesquisadores foram os mesmos que integram o projeto ADEFI: uma enfermeira responsável pela assistência de enfermagem na UBS; uma enfermeira que responde pela direção da referida unidade; uma agente comunitária de saúde que pertence a uma das equipes da ESF família dessa UBS, mas que frequentemente responsabiliza-se por ações pontuais na área descoberta da ESF; quatro integrantes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); dois gestores municipais; duas docentes enfermeiras, uma enfermeira do PROCERE, seis alunos da graduação em enfermagem e três alunos da pós-graduação em enfermagem Universidade Estadual de Maringá. A pesquisa foi delimitada em duas fases complementares e simultâneas, conduzidas no período entre maio de 2014 e março de 2015. Na primeira fase – de pesquisa – ocorreu a definição dos integrantes do grupo pesquisador (atores-pesquisadores), seus papéis e o foco de investigação.

O grupo-pesquisador delimitou como espaço geográfico de investigação uma área de aproximadamente 300 domicílios, geograficamente próximas da UBS e pela observação empírica de existência de idosos que esporadicamente buscavam os serviços de saúde

da UBS por demanda espontânea. O foco inicial foi o levantamento das informações sociodemográficas e de saúde dos idosos residentes nessa área e se deu por meio de visitas domiciliares realizadas pelos alunos de graduação e pós-graduação supervisionados e coordenados pelos demais atores-pesquisadores, utilizando a ficha de cadastro - ficha A - do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Foram identificadas 94 residências com idosos e definidas 86 para realização das estratégias, pois nas demais os idosos não foram encontrados em suas moradias ou se negaram a participar da intervenção. Isso representou 116 idosos que participaram de todo percurso de pesquisa e ação.

Identificadas as residências que seriam foco da ação, os atores-pesquisadores decidiram por levantar as condições cognitivas, de capacidade funcional, de vulnerabilidade e de risco para depressão dos idosos. Estas informações serviram de instrumento para o grupo-pesquisador no planejamento das estratégias utilizadas para garantir os atributos da APS. O levantamento dessas informações foram mediadas por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Índice de Katz, Escala de Lawton/Brody, Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13) e a Escala de Depressão Geriátrica. Para isso, priorizaram a ordem de realização das visitas domiciliares para levantamento de tais condições com o auxílio da Escala de Risco Familiar (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012) adaptada, cujas sentinelas de risco foram elaboradas a partir de discussões embasadas na literatura científica e adequadas à realidade do território (Quadro 1). Após definidas as sentinelas de risco, as visitas domiciliares iniciaram pelas famílias com idosos que apresentavam alto risco, seguida do risco intermediário e por último o baixo risco.

Sentinelas para avaliação da situação de risco	**Pontuação**
Idade >85 anos	3
Acamado	3
Deficiente/doença mental/depressão	3
Idosos que residem sozinhos	3
Polifarmácia	2
Idade de 75 á 84 anos	2
Idade <75 anos	1
Diabetes *Mellitus*	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Outras doenças crônicas	1
Classificação de risco	
R1 – Risco menor	5 a 6
R2 – Risco médio	7 a 8

R3 – Risco máximo	Acima de 9
Sentinelas para avaliação do grau de dependência de Cuidados de Enfermagem	**Pontuação**
Idoso Frágil (VES-13)	3
Muito dependente (Katz)	3
Dependentes (Lawton)	3
Depressão Grave	3
Idoso com Risco (VES-13)	2
Dependência Moderada (Katz)	2
Capazes com Auxilio (Lawton)	2
Depressão Leve ou Moderada	2
Idoso Robusto (VES-13)	1
Independentes (Katz)	1
Independentes (Lawton)	1
Sem depressão	1
Classificação de dependência	
D1 – Baixa dependência	5 e 6
D2 – Média dependência	7 e 8
D3 – Alta dependência	Acima de 9

Quadro 1. Sentinelas utilizadas para classificação de risco e classificação do grau de dependência de Cuidados de Enfermagem. Maringá-PR.

Fonte: Projeto de Extensão: “Assistência domiciliar de enfermagem às famílias de idosos dependentes de cuidados (ADEFI)”, Maringá-PR.

Os dados obtidos nessa primeira fase foram processados em planilha do *Microsoft Excel*® 2010, a fim de facilitar a segunda fase do estudo – de ação – que correspondeu à análise, planejamento e implantação das estratégias de acesso dos idosos aos serviços de saúde, longitudinalidade, integralidade e a coordenação da atenção. Essa fase também representa as orientações pontuais que se deram no próprio domicílio, durante as visitas domiciliares, em que se levantaram condições cognitivas, de capacidade funcional, de vulnerabilidade e de risco para depressão dos idosos.

Na fase de ação, o grupo-pesquisador priorizou o cuidado individual e familiar, de prevenção e de promoção da saúde que seriam coordenadas e, prioritariamente, executadas por intervenções de enfermagem. Para as ações de cuidado individual e prevenção, uma nova Escala de Risco Familiar adaptada foi elaborada, a partir de discussões em grupo, baseadas na literatura e adequadas à realidade da população e território em questão, com foco no grau de dependência dos idosos (Quadro 1). Outras ações, sobretudo de incentivo

ao envelhecimento saudável foram discutidas, planejadas e implantadas. O percurso da pesquisa-ação aplicada conduzida para o alcance dos atributos essenciais da APS pôde ser esquematizado na figura 1. Observe que a pesquisa e as ações de enfermagem foram o fio condutor para todas as estratégias utilizadas.
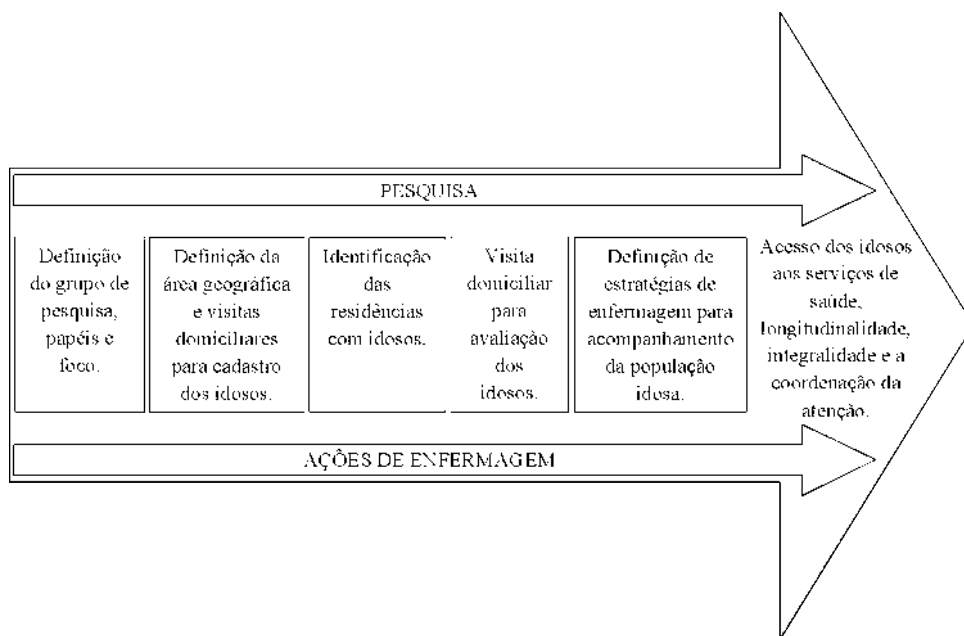
Figura 1. Percurso metodológico da pesquisa-ação aplicada neste estudo. Maringá-PR.

Fonte: Projeto de Extensão: “ADEFI”, Maringá-PR.

Para o desenvolvimento do estudo foram observadas todas as diretrizes estabelecidas pelas normas éticas vigentes na experimentação humana, Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e projeto apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (CAAE nº 37457414.6.0000.0104).

RESULTADOS

Por tratar-se de uma pesquisa-ação os resultados foram didaticamente divididos em duas fases interdependentes: a fase da pesquisa e a fase da ação, muito embora já se tenha esclarecido que essas fases foram simultâneas e complementares.

Na fase de **pesquisa**, identificaram que a maioria dos idosos eram mulheres (62,1%), com faixa etária de 60 a 74 anos (76,7%), raça branca (80,2%), casados (64,7%), com um a quatro anos de estudos (59,5%), aposentados (57,8%) e renda de um a dois salários mínimos (59,5%).

Dos idosos pesquisados, 61,2% e 16,3% tinham Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, respectivamente (Tabela 1) e apenas 12 idosos (10%) negaram possuir alguma doença crônica.

Condições de Saúde	N	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	71	61,2
Diabetes Mellitus	19	16,3
Hipotireoidismo	17	14,7
Hipercolesterolemia	15	12,9
Depressão	10	8,6
Artrose	10	8,6
Labirintopatia	10	8,6
Osteoporose	9	7,8
Problemas cardíacos não especificados	6	5,2
Doença de Chagas	3	2,6

Tabela 1. Condições de saúde dos idosos residentes em área descoberta por equipes da Estratégia Saúde da Família. Maringá-PR.

Fonte: Projeto de Extensão: "ADEFI", Maringá-PR.

O estado cognitivo e afetivo, a capacidade funcional, o risco para depressão e a vulnerabilidade desses idosos estão apresentados na tabela 2, onde se evidencia manutenção da capacidade cognitiva preservada em 95,7% dos idosos, independência para realizar atividades básicas e instrumentais de vida diária em 97,4% e 94,8% respectivamente e ausência de sintomas depressivos (88,8%).

Variáveis	N	%
Mini Exame do Estado Mental*		
Normal	111	95,7
Possível Demência	5	4,3
Índice de Katz		
Independente	113	97,4
Dependência moderada	2	1,7
Muito dependente	1	0,9
Escala de Lawton/Brody		
Independentes	110	94,8
Capazes com auxílio	5	4,3
Dependentes	1	0,9
Escala de Depressão Geriátrica		
Sem sintomas depressivos	103	88,8

Depressão leve ou moderada	9	7,8
Depressão grave	4	3,4
Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13)		
Idoso Robusto	99	85,3
Idoso com risco de fragilização	12	10,4
Idoso Frágil	5	4,3

* Adaptado à escolaridade do idoso.

Tabela 2. Distribuição dos idosos residentes em área descoberta por equipes da Estratégia Saúde da Família segundo avaliação cognitiva, afetiva, funcional e de vulnerabilidade. Maringá-PR.

Fonte: Projeto de Extensão: "ADEFI", Maringá-PR.

Na fase de **ação**, com os dados organizados, o grupo-pesquisador realizou a análise para definir as ações de acompanhamento que seriam adotadas. Assim, para ampliar o acesso do idoso aos serviços de saúde, a longitudinalidade e a integralidade, as atividades planejadas foram visitas domiciliares, consultas de enfermagem e grupos operativos.

A visita domiciliar foi estratégia chave no acesso das pessoas idosas, residentes em área descoberta, à atenção primária à saúde. Por meio das visitas foram agendadas consultas de enfermagem a todos os idosos pesquisados.

Para as consultas de enfermagem, priorizou-se os idosos classificados como frágeis e com risco de fragilização e a posteriori com os demais idosos pesquisados. As consultas seguiram a sistematização proposta na resolução nº. 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem e planejadas com base no levantamento do estado cognitivo e afetivo, a capacidade funcional, o risco para depressão e a vulnerabilidade - já realizadas em visitas domiciliares.

A longitudinalidade foi garantida mediante o acolhimento do idoso no serviço de saúde e utilização da consulta de enfermagem como instrumento para formação de vínculo entre enfermeira-idoso e das visitas domiciliares realizadas. A continuidade do cuidado também foi garantida pelo atendimento da mesma enfermeira em todos os contatos à UBS.

A integralidade se fez presente por meio da garantia de atenção individualizada e a utilização dos serviços disponíveis como imunizações, saúde bucal, coleta de preventivo, curativos e, nos casos em o cuidado exige acompanhamento domiciliar, o grupo-pesquisador definiu o projeto terapêutico singular, no qual 14 idosos recebiam visitas domiciliares semanais da enfermeira do PROCERE e das alunas de graduação e pós-graduação.

Procurando atender a população idosa independente e ativa, atividades educativas foram realizadas na sala de espera da UBS com foco no processo de envelhecimento e promoção da saúde. Esse componente educativo também esteve presente nas consultas de enfermagem, garantindo a integralidade do cuidado.

O primeiro tema escolhido como prioridade foi "Preservação Cognitiva" tendo em vista que esta temática tem sido apontada como promotora do fortalecimento das capacidades

relacionadas à manutenção da autonomia e qualidade de vida, possibilitando a prevenção, promoção e manutenção da saúde no processo de envelhecimento. Desenvolveu-se um folheto com exercícios simples de estimulação cognitiva. Na abordagem, optou-se por explicar sobre os exercícios e investigar os hábitos de manutenção cognitiva dos participantes. Notou-se receptividade e interesse em relação à temática pelos mesmos, apresentando bom aceite e participação dos envolvidos.

A coordenação da atenção foi atributo da APS garantida mediante a definição do grupo-pesquisador como coordenador de todas as estratégias, desde seu planejamento até sua avaliação, com autonomia de decisão e centralidade na organização. A coordenação da atenção também foi contemplada pelo uso do sistema informatizado em rede existente no município, encaminhamentos para consultas médicas, na atenção primária e para outros níveis de atenção e o feedback com os idosos dos resultados de exames e dos atendimentos nas visitas domiciliares e consultas de enfermagem.

DISCUSSÃO

As estratégias implantadas neste estudo permitem considerar que organizaram a APS, no sentido de favorecer o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção à saúde dos idosos. Nesse sentido pode-se afirmar que consolidaram a APS contextualizada por Starfield (2002) por reduzir as desigualdades de acesso, garantir a longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção dos idosos que não dispunham dessa garantia por não contarem com o acompanhamento pela ESF.

Por ser a APS o nível de atenção que organiza e racionaliza a distribuição de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionando-os para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002), as estratégias descritas também consolidaram essa missão.

Na APS a enfermagem encontrou um promissor espaço de trabalho, onde se desenvolveram atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais. Atividades como a visita domiciliar e a consulta de enfermagem ampliaram o acesso aos serviços de saúde, garantiram a longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção à saúde do idoso.

O idoso ao buscar assistência à saúde espera algo além da atenção à doença, quer ser acolhido e estabelecer vínculos com a equipe de saúde em um ambiente de comunicação que permita autonomia, resolubilidade e responsabilização (ALMEIDA; CIOSAK, 2013). Nessa perspectiva, a visita domiciliar permitiu o diagnóstico local e programação das ações para a promoção do acesso a partir da realidade da população e assistência aos idosos que precisavam de cuidados contínuos, bem como o primeiro contato para o estabelecimento do vínculo com os idosos, garantindo também a longitudinalidade da atenção. Tais constatações vão ao encontro da proposta de visita domiciliar prevista pela ESF como

instrumento central no processo de trabalho das equipes (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018).

A visita domiciliar além de apresentar importante papel no estabelecimento de vínculos com a população, também possui caráter estratégico para integralidade e humanização das ações, pois permite uma maior proximidade e, consequentemente, maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde da população, de sua vida social e familiar (VALGOI, et al. 2021). É, portanto, um dispositivo valioso para a longitudinalidade - por consolidar vínculos – e para a integralidade de atenção à saúde – por permitir levantamento real de necessidades de saúde.

O enfermeiro tem papel fundamental nas respostas às necessidades de saúde da população idosa na APS, e a consulta de enfermagem aparece como uma estratégia de cuidado, além de um espaço de promoção da saúde e prevenção de agravos deste segmento da população. A consulta de enfermagem viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento da pessoa, facilitando a identificação de problemas, de modo individualizado (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018; COSTA; FURTADO; GIRARD, 2019).

A atenção à saúde do idoso, por meio da consulta de enfermagem, tal qual se adotou neste estudo, é uma oportunidade ampla de desenvolvimento de práticas cuidativas, tais como fortalecimento do vínculo, educação em saúde, avaliação multidimensional, identificação precoce de idosos frágeis ou em processo de fragilização, coordenação da atenção, entre outras (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018; COSTA; FURTADO; GIRARD, 2019), o que colaborou com a concretização dos atributos essenciais da APS.

Ter um profissional de referência para esses idosos – a enfermeira do PROCERE – favorece a continuidade do atendimento e a formação de vínculo com a equipe, ou seja, a garantia de efetivação do cuidado ao longo do tempo, sobretudo, na assistência à pessoa idosa (BATISTA; ALMEIDA; SILVA, 2021).

Além das ações de cuidado, pela consulta de enfermagem, implantou-se a coordenação da assistência ao idoso na UBS, designando recursos humanos e físicos para esse fim, por meio do grupo-pesquisador. Dessa forma, além da sistemática de acompanhamento foi possível, desde então, acompanhar o itinerário desses idosos na UBS e também entre os níveis assistenciais, quando necessários. O feedback com os idosos após consulta e exames com outros profissionais e em diferentes serviços de saúde contribui para o resgate da integralidade do cuidado e para que a atenção primária exerça seu papel de coordenador da atenção à saúde da pessoa idosa (PRATES, et al. 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou implantar estratégias de enfermagem que favoreceram o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção à saúde dos idosos residentes em uma área descoberta por equipes da ESF. Com essa experiência, o grupo-pesquisador buscou o cuidado integral, de forma coletiva, intersetorial e humanizadora,

pautado no cuidado de enfermagem. Dessa forma, ressalta-se a relevância da enfermagem no desenvolvimento de ações que garantam o acesso universal à saúde e outros atributos da APS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rita Tereza de; CIOSAK, Suely Itsuko. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 884-890, 2013.

ASSIS, Audrey Silva de; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto de. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, v. 28, p. e280308, 2018.

BATISTA, Gismária Bezerra; ALMEIDA, Lucas Araújo; SILVA, Clélia Patrícia Limeira. Visita Domiciliar do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Sob o Olhar do Idoso. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia,** v. 15, n. 56, p. 70-87, 2021.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 252-264, 2014.

CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli; ZUG, Keri Elizabeth. Promovendo o papel da prática avançada de enfermagem na America Latina. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 67, n. 5, p. 673-674, 2014.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília: CONASS, 2011.

COSTA, Josias Botelho; FURTADO, Letícia Gemyna Serrão; GIRARD, Cláudia Cristina Pinto. Saberes e práticas do enfermeiro na consulta com o idoso na estratégia saúde da família. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 62, 2019.

CRUZ, Priscila Karolline Rodrigues et al. Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2020.

EL ANDALOUSSI, Khalid. **Pesquisas-ações:** ciências, desenvolvimento, democracia. São Carlos: EdUFSCar; 2004. 192p.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Básica à Saúde. **Revista brasileira de enfermagem** , v. 71, p. 704-709, 2018.

MEHL, Garrett; LABRIQUE, Alain Prioritizing integrated Health strategies for universal health coverage. **Science,** v. 345, n. 6202, p. 1284-1287, 2014.

MORIN, André. **Pesquisa-ação integral e sistêmica:** uma antropopedagogia renovada. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. 232p.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Estratégia para cobertura universal de saúde**. 154ª Sessão do Comitê Executivo. Washington, D.C., EUA; 2014.

PRATES, Mariana Louzada et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 22, p. 1881-1893, 2017.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; LAGE, Joana Lourenço; COELHO, Flávio Lúcio Gonçalves. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi**. Journal of Management and Primary Health Care,** v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primaria:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.

VALGOI, Elias Matheus Baggio et al. A visita domiciliar como importante contribuinte da formação do médico humanizado: desenvolvimento de vínculo**. Revista da Semana Acadêmica do Curso de Medicina da UFFS-Campus Chapecó**, v. 4, n. 4, 2021.

CAPÍTULO 7

IMPACTO DA COVID-19 NO DIREITO MATERIAL DO TRABALHO: RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO E O ARTIGO 468 DA CLT

Data de aceite: 01/11/2021

Edgard Gonçalves da Costa
http://lattes.cnpq.br/5575035885055610
https://orcid.org/0000-0001-6610-9007

RESUMO: O presente trabalho investiga a possibilidade de responsabilização civil do Estado, em face de prejuízos trabalhistas provocados ao trabalhador, em virtude de alterações nas regras trabalhistas decorrentes do Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, em função da pandemia (Covid-19). O estudo é descritivo, com abordagem qualitativa. Metodologicamente fez-se uma exploração teórica do tema, com pesquisa bibliográfica, legislativa e jurisprudencial. Com a pandemia, discutiu-se a possibilidade de o Estado ser responsabilizado devido às alterações nas regras trabalhistas, com base no artigo 468, da CLT. Contudo, o STF, em decisão plenária, manteve inalterada a MP nº 936/2020, reconhecendo a validade dos acordos individuais que reduzem a jornada e suspendem os contratos de trabalho. Assim, conclui-se ser incabível a responsabilização civil do Estado no tocante às alterações nas regras trabalhistas.
PALAVRAS-CHAVE: Relação trabalhista. Covid-19. Responsabilidade civil do Estado.

IMPACT OF COVID-19 ON MATERIAL LABOR LAW: STATE CIVIL LIABILITY AND ARTICLE 468 OF THE CLT

ABSTRACT: This paper investigates the possibility of civil accountability of the State, in view of labor losses caused to the worker, due to changes in labor rules resulting from the Emergency Program for the Maintenance of Employment and Income, due to the pandemic (Covid-19). The study is descriptive, with a qualitative approach. Methodologically, a theoretical exploration of the theme was made, with bibliographic, legislative and jurisprudential research. With the pandemic, the possibility of the State being held liable due to changes in labor rules, based on Article 468 of the CLT, was discussed. However, the Supreme Court, in a plenary decision, kept MP Nº 936/2020 unchanged, recognizing the validity of individual agreements that reduce the working day and suspend employment contracts. Thus, it is concluded that the civil liability of the State in relation to changes in labor rules is inconceivable.
KEYWORDS: Labor relationship. Covid-19. Civil Liability of the State.

INTRODUÇÃO

No exercício de suas funções, os serviços públicos são postos à disposição da população, implicando na possibilidade de responsabilização do Estado em virtude de atos lesivos praticados por aqueles que a representam, tendo a literatura discutido quanto ao tipo de responsabilização, se objetiva ou subjetiva. Pacificando o entendimento, o Supremo Tribunal Federal (STF), em 2005, no RE-409203/RS, admitiu que nos atos omissivos do Poder Público, aplica-se à teoria subjetiva (culpa ou dolo) quando da atribuição de

responsabilidade civil do Estado, sendo obrigatório o elemento da causalidade.

A responsabilidade civil compreende a obrigação de reparação quando ocorrer algum dano ou prejuízo patrimonial e, às vezes, moral, que uma pessoa vier a causar a outrem (AFONSO DA SILVA, 2006).

O presente estudo é descritivo, com abordagem qualitativa. A metodologia consistiu numa exploração teórica do tema, ancorando-se numa pesquisa bibliográfica, legislativa e jurisprudencial. Estabeleceu-se a seguinte pergunta de pesquisa: qual o entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF), quanto à possibilidade de responsabilização do Estado, em virtude de acordos individuais de trabalho que impliquem em supressão de direitos?

O objetivo geral do trabalho foi identificar a possibilidade de haver responsabilização civil do Estado, em função da alteração nas regras trabalhistas que tragam prejuízo aos trabalhadores. Foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

a) Analisar a aplicabilidade de responsabilização civil do Estado em função do que dispõe o artigo 468, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT);

b) Identificar as principais alterações nas regras trabalhistas, em face do Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, instituído pela Medida Provisória (MP) nº 936/2020.

c) Identificar se as alterações promovidas pela MP nº 936/2020 geram a responsabilidade civil do Estado.

O trabalho se estrutura em três seções: a primeira inclui a introdução, na qual foi apresentada uma visão geral do estudo realizado; a segunda seção traz o referencial teórico, enfocando os temas: conceito e funções do estado, responsabilidade civil do Estado, alterações nas relações de trabalho e, por fim, constitucionalidade dos acordos individuais de trabalho; e, a terceira seção consiste na apresentação das considerações finais da pesquisa.

REFERENCIAL TEÓRICO

Conceito e funções do Estado

O Estado é uma instituição com personalidade jurídica própria de Direito Público, que buscando amparo na Constituição, se organiza política, social e juridicamente, sendo o responsável pela organização e controle social, por ter o monopólio do uso da força. Por ser uma pessoa jurídica dotado de vontade própria, o Estado executa as funções administrativas utilizando-se de seus agentes públicos e de seus órgãos (DI PIETRO, 2019).

Não obstante, ser tipicamente do Poder Executivo, a função administrativa não há que ser confundida com a Administração Pública, pois os Poderes Legislativo e Judiciário também a exerce, atipicamente (CARVALHO FILHO, 2018). Tipicamente, a função

legislativa pertence ao Poder Legislativo, contudo, atipicamente, os demais Poderes a exercem. Assim, fazendo uso da prerrogativa de exercer a função legislativa, o Poder Executivo emitiu normativos, visando a estabelecer regramentos para o enfrentamento da calamidade pública provocada pela Covid-19.

A Constituição Federal de 1988, no seu capítulo VII, elege o critério orgânico para expressar a Administração Pública, que engloba tanto a Administração direta quanto a indireta dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), devendo ser observados os princípios esculpidos no artigo 37 (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência).

No exercício de suas funções, os serviços públicos são postos à disposição da população, implicando na possibilidade de responsabilização do Estado em virtude de atos lesivos praticados por aqueles que a representam, conforme se verá na sequência.

Responsabilidade Civil do Estado

A responsabilidade civil compreende a obrigação de reparação quando ocorrer algum dano ou prejuízo patrimonial e, às vezes, moral, que uma pessoa vier a causar a outrem. Contudo, no tocante à Administração Pública, prevaleceu no passado a ideia da irresponsabilidade desta em relação aos prejuízos causados pelos seus servidores, quando exercentes de suas funções públicas (AFONSO DA SILVA, 2006).

A Constituição de 1988, ao adotar o Estado Democrático de Direito, afastou de vez a ideia da irresponsabilidade estatal, equiparando a pessoa jurídica de direito público às de direito privado prestadoras de serviços públicos, nos termos de seu artigo 37, § 6º .

> § 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

Superada a questão da possibilidade de responsabilização do Estado, discute-se na literatura se esta seria objetiva ou subjetiva (exige culpa ou dolo).

Conforme Afonso da Silva (2006), sendo mais técnica que as anteriores, a Constituição brasileira atual incluiu no campo da responsabilidade objetiva todas as pessoas que operam serviços públicos.

Os prestadores de serviço público (pessoas jurídicas de direito público e privado), por assumirem risco administrativo, em suas ações, estariam sujeitos à responsabilidade objetiva, desde que presentes os seguintes requisitos: ocorrência do dano; nexo de causalidade entre o dano e a ação ou omissão administrativa; e, ausência de causa excludente da responsabilidade estatal. Contudo, tal princípio não seria absoluto, admitindo o abrandamento e, até mesmo, a exclusão da responsabilidade civil do Estado, em hipóteses liberatórias, como o caso fortuito e a força maior (MORAES, 2012), ou quando comprovada a culpa concorrente do particular ou a sua culpa exclusiva, conforme entendimento do

Supremo Tribunal Federal (STF), no RDA, 150:263 (BULOS, 2017).

Não obstante, tais entendimentos, em 2005, no RE-409203/RS, cujo relator foi o Min. Carlos Velloso, nos atos omissivos do Poder Público, o STF passou a admitir a aplicabilidade da teoria subjetiva quando da atribuição de responsabilidade civil, o que exige o elemento dolo ou culpa, não se dispensando o elemento da causalidade. Tal entendimento já havia sido afirmado no RE 369820/RS (DJU, de 27.2.2004).

> EMENTA: CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL DAS PESSOAS PÚBLICAS. ATO OMISSIVO DO PODER PÚBLICO: ESTUPRO PRATICADO POR APENADO FUGITIVO. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA: CULPA PUBLICIZADA: FALHA DO SERVIÇO. C.F., art. 37, § 6º.
>
> I. - Tratando-se de ato omissivo do poder público, a responsabilidade civil por tal ato é subjetiva, pelo que exige dolo ou culpa, esta numa de suas três vertentes, a negligência, a imperícia ou a imprudência, não sendo, entretanto, necessário individualizá-la, dado que pode ser atribuída ao serviço público, de forma genérica, a falta do serviço.
>
> II. - A falha do serviço - faute du service dos franceses - não dispensa o requisito da causalidade, vale dizer, do nexo de causalidade entre a ação omissiva atribuída ao poder público e o dano causado a terceiro.
>
> .
>
> .
>
> .
>
> (RE 409203/RS, de 7.6.2005, rel. Min. Carlos Velloso).

A responsabilidade civil do Estado dá-se por meio de comportamentos lícitos ou ilícitos, omissivos ou comissivos, cuja imputação de responsabilidade lhe sejam passíveis. No entanto, são necessários os elementos: conduta estatal lesiva (comissiva ou omissiva); o dano e o nexo de causalidade entre o comportamento estatal; e, o prejuízo experimentado pelo particular. Mas, a teoria objetiva na responsabilidade do Estado por omissão, torna-se impossível de ser aplicada, visto que Estado brasileiro não consegue responder por tudo que ocorre na sociedade, sendo razoável que o dever de indenizar seja provado quando rompido o nexo de causalidade (HECK, 2018).

Com a pandemia do Covid-19, passou a ser discutida a possibilidade de o Estado ser responsabilizado em virtude de alterações nas regras trabalhistas, particularmente, do artigo 468, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Algumas regras trabalhistas já haviam sido modificadas pela reforma promovida pela Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017, conforme breves comentários apresentados a seguir.

Alterações nas relações de trabalho

Reforma Trabalhista

Antes de iniciar a análise das medidas adotadas para enfrentamento da calamidade provocada pela pandemia, é importante apontar que tendo entrado em vigor em novembro de 2017, a reforma trabalhista promovida pela Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017, já havia provocado significativas alterações nas relações do trabalho, principalmente, ao dispor que convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho prevalecem sobre a lei quando versarem sobre direitos previstos no artigo 611-A, da CLT, excetuando-se os direitos citados no artigo 611-B, da CLT, que são amparados pela Constituição.

Essa reforma, alterando, criando ou revogando artigos e parágrafos da CLT, provocou mudanças no funcionamento do mercado de trabalho, modificando o equilíbrio antes existente, que pendia para o lado mais frágil da relação, qual seja o trabalhador (CARVALHO, 2017).

Estado de Calamidade Pública

O Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, em virtude da Covid-19, reconheceu o estado de calamidade pública, a partir de pedido formulado pela Presidência da República, ensejando, na sequência, a edição das Medidas Provisórias (MP) nº 927 e nº 936, no ano de 2020.

As MPs têm vigência de 60 (sessenta) dias, contados de sua publicação, admitindo-se uma única prorrogação por igual período. Vencido esse prazo máximo de 120 de vigência, as MPs precisam ser convertidas em lei, conforme disposto no artigo 62, §§ 3º e 7º, da Constituição Federal.

Medida Provisória nº 927/2020

Por meio da Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020, que foi revogada (teve vigência até 19/07/2020), foram adotadas medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública, flexibilizando instrumentos previstos na legislação trabalhista, dentre elas a antecipação de férias, o banco de horas e o teletrabalho. Tais mudanças objetivaram preservar empregos e a redução dos impactos que a crise está causando nas organizações. Dentre outras medidas previstas no normativo, nos termos do artigo 2º, empregado e empregador poderiam celebrar acordos individuais escritos, para ser garantida a permanência no emprego e, uma vez respeitados direitos garantidos constitucionalmente, prevaleceriam acordos individuais, que teriam preponderância sobre instrumentos normativos, legais e negociais.

Ao analisar a constitucionalidade da MP nº 927, o STF entendeu que a exclusão da Covid como doença ocupacional prevista no artigo 29 da MP, fere dispositivos constitucionais

e não podia ser aplicada, por desproteger diversos trabalhadores. Da mesma forma, conforme a Corte Máxima, o artigo 31 também seria inconstitucional, no tocante às funções dos fiscais do trabalho. Os outros artigos foram mantidos.

Com a revogação da MP nº 927, passou a viger a MP nº 936, de 1º abril de 2020, com eficácia prevista até 29/07/2020, sendo instituído o Programa Emergência de Manutenção do Emprego e da Renda e medidas trabalhistas complementares para o enfrentamento da Covid-19, apresentados no próximo subitem.

Medida Provisória nº 936/2020

Por meio da MP nº 936, o governo federal destinou R$51,6 bilhões para a execução do Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, objetivando reduzir os impactos sociais relacionados à pandemia do Coronavírus, para empregados que tiveram jornada de trabalho reduzida ou o contrato de trabalho suspenso, por até 60 dias. A medida atinge trabalhadores de baixa renda e equivale ao seguro desemprego. A Medida Provisória, dentre outras questões, dispôs sobre a redução de jornada e de salário; e a suspensão do contrato de trabalho.

a) Redução de jornada e de salário

Para a redução da jornada, o cálculo proporcional para compensar o pagamento com esse novo benefício, poderá ser acumulado com ajuda de custo que o empregador der. A Medida Provisória nº 936 prevê três tipos de redução de salário e de jornada:

i) 25% do rendimento, com o governo bancando 25% do seguro-desemprego;

ii) 50%, com o governo pagando os 50% restantes;

iii) 70%, com o governo complementando 70% do seguro-desemprego.

A redução de jornada preserva o valor do salário-hora de trabalho, limitando-se a 90 dias. As demais condições permanecem as mesmas para a suspensão dos contratos, ou seja, acordo individual escrito entre empregador e empregado, com proposta encaminhada ao empregado com antecedência mínima de dois dias corridos e estabilidade no emprego até o dobro do período de redução.

b) Suspensão do contrato de trabalho

Havendo a suspensão do contrato de trabalho, esta não será base de cálculo de IR, FGTS e outras contribuições previdenciárias. Não estão abrangidos os empregados públicos, independente do ente empregador. Não há carência para se conceder o benefício, sendo esta uma obrigação do empregador.

A suspensão ocorrerá desde que o trabalhador tenha salário igual ou inferior a 3 mil reais, ou seja portador de curso superior e que receba salário mensal igual ou superior a duas vezes (R$12.202,12) o limite de benefícios do Regime Geral de Previdência Social

(RGPS).

Caso o empregado não se enquadre nessa hipótese, a negociação será por meio de convenção ou acordo coletivo. Mas, se houver redução de jornada e salário em 25%, pode haver pacto individual.

Na suspensão, os trabalhadores passariam a receber o valor correspondente ao seguro desemprego, mais a ajuda adicional que o empregador poderia passar a dar.

b.1) Empresa com faturamento até 4,8 milhões de reais

A empresa que faturou no ano de 2019 até 4,8 milhões de reais poderia dispensar temporariamente os funcionários sem pagar nenhuma parte do salário. Situação em que o governo garantiria 100% do seguro-desemprego ao qual o trabalhador teria direito em caso de demissão.

Acordos individuais escritos ou coletivos poderiam ser aplicados para os empregados com salário mensal de até a R$ 3.135,00, e para aqueles com diploma de nível superior e salário com valor igual ou superior a duas vezes o teto do INSS (Art. 12).

b.2) Empresa com faturamento superior a 4,8 milhões de reais

Caso a receita bruta supere 4,8 milhões de reais, o contrato poderá ser suspenso, mas a empresa fica obrigada a pagar uma ajuda equivalente a 30% do salário do empregado. Nesse caso, o governo pagaria 70% do valor correspondente ao seguro desemprego.

b.3) Negociações coletivas

No caso de negociações coletivas, aprovadas em assembleias virtuais pelos sindicatos da categoria, a suspensão com complementação de renda se estenderia a todos os empregados da empresa. O governo deposita automaticamente o valor na conta do trabalhador assim que fosse notificado da negociação, dispensando-se o pedido do seguro desemprego por parte do empregado.

b.4) Garantia provisória do emprego

A MP nº 936 institui garantia provisória do emprego durante o período de suspensão e após o restabelecimento da jornada por período equivalente ao da suspensão. Ou seja, uma suspensão de dois meses garante uma estabilidade de quatro meses no emprego.

A MP nº 936 foi convertida na Lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020, comentada brevemente na sequência.

Lei nº 14.020/2020

A Lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020 teve vigência imediata, sendo aplicável a todos os empregados privados, inclusive domésticos. Essa Lei manteve algumas disposições

trazidas pela MP nº 936 e trouxe outras questões antes não tratadas, garantindo a continuidade do Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda (Art. 3º).

A Lei nº 14.020/2020 permitiu a redução da jornada de trabalho dos empregados, com redução proporcional dos salários, mas, mantendo-se o valor do salário hora, bem como previu a possibilidade de suspensão temporária dos contratos trabalhistas, mantendo as disposições propostas pela MP nº 936. A lei não se aplica a servidores e empregados públicos (Art. 3º, parágrafo único).

Essa Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 10.422, de 13 de julho de 2020, que prorrogou os prazos para celebração dos acordos de redução proporcional de jornada e de salário e de suspensão temporária do contrato de trabalho, bem como para efetuar o pagamento dos benefícios emergenciais.

a) Redução de salário

Assim como a MP nº 936, a Lei nº 14.020/2020 permitiu que a jornada de trabalho fosse reduzida em três níveis, e, proporcionalmente, também o salário, mantendo-se o seu valor hora. O Governo garantiria o valor do benefício limitando-se a essas três faixas de redução, sendo elas de: 25%, 50% ou 70% (Art. 7º, III).

O limite máximo previsto para a redução da jornada e do salário era de 90 (noventa) dias (Art. 7º, *caput*), contudo, o artigo 2º do Decreto do Governo Federal nº 14.022/2020 prorrogou esse prazo para 120 (cento e vinte) dias e, permanecendo a necessidade de continuidade das medidas, novos decretos poderão estender tal prazo.

b) Suspensão do contrato de trabalho

Tanto na MP nº 936 quanto na Lei nº 14.020/2020 a suspensão até poderia se dar de forma fracionada, mas, com período mínimo de duração de 30 (trinta) dias. De acordo como artigo 8º, *caput*, da Lei, a suspensão pode ocorrer por até 60 (sessenta) dias, devendo ser mantida concessão de todos os benefícios habituais em razão do emprego (art. 8º, § 2º, I).

Contudo, o Decreto nº 10.422/2020 prorrogou o prazo de suspensão por até 120 (cento e vinte) dias, sendo admitidos períodos de suspensão fracionados, de forma sucessiva ou intercalada, desde que cada período de suspensão corresponda a no mínimo 10 dias (Art. 3º, parágrafo único).

O valor pago pelo empregador (no caso de redução da jornada ou a título de complementação para a suspensão do contrato), somado ao valor pago a título de benefício pelo Governo, corresponderá ao salário percebido pelo empregado, antes da adesão.

A partir da Lei 14.020/202, os acordos individuais podem ocorrer por qualquer meio físico ou eletrônico considerado eficaz (Art. 12, § 3º). Ademais, a redução proporcional de jornada e salário, bem com a suspensão temporária do contrato passou a ser estendida aos empregados aposentados. Contudo, conforme artigo 12, § 2º, o empregador deverá pagar ao empregado aposentado, como ajuda mensal, o valor mínimo correspondente ao que o

empregado receberia a título de Benefício Emergencial do artigo 6º, ao qual não tem direito.

b.1) Empresa com faturamento até 4,8 milhões de reais

Caso o empregador tenha obtido receita inferior a R$4,8 milhões de reais no ano calendário 2019, permanecem as possibilidades previstas na MP nº 936.

Assim, valerão acordos individuais escritos para os empregados com salário mensal de até a R$ 3.135,00, e para aqueles com diploma de nível superior e salário com valor igual ou superior a duas vezes o teto do INSS.

b.2) Empresa com faturamento superior a 4,8 milhões de reais

Caso a receita bruta supere 4,8 milhões de reais no ano de 2019, o contrato somente poderá ser suspenso se a empresa pagar uma ajuda mensal compensatória equivalente a 30% do salário do empregado, durante a suspensão temporária do contrato, observando-se o disposto no artigo 9º, da Lei nº 14.020/2020. Assim, o valor do benefício corresponderá a 70% do valor do seguro desemprego a que o empregado teria direito.

b.3) Negociações coletivas

Não houve alteração em relação à MP nº 936, sendo que a Lei nº 14.020/2020 permite negociais coletivas de trabalho (CCT e ACT), que inclusive estabeleçam percentuais de redução de jornada de trabalho e de salário diferentes dos previstos expressamente na Lei. Eventuais cláusulas conflitantes entre o acordo individual entre empregador e empregado e norma coletiva de trabalho observarão as regras contidas nos §§ 5º e 6º do art. 12, da Lei nº 14.020/2020, prevalecendo as regras estipuladas na negociação coletiva, salvo se as condições pactuadas no acordo individual forem mais favoráveis ao trabalhador.

b.4) Garantia provisória do emprego

Nos termos do artigo 10, da Lei nº 14.020/2020, foi assegurada a estabilidade no emprego durante a vigência das medidas adotadas em virtude a pandemia previstos no artigo 5º, em decorrência da redução da jornada de trabalho e do salário ou da suspensão temporária do contrato de trabalho. A dispensa sem justa causa durante o período de garantia de emprego implicará ao empregador ao pagamento de uma indenização em favor do empregado, além das parcelas rescisórias legalmente devidas, no importe de 50%, 70% ou 100%, nas hipóteses de redução de jornada de trabalho e de salário igual ou superior a, respectivamente, 25%, 50% e 70%. Hipóteses que não se aplicam no caso de pedido de demissão ou dispensa por justa causa (Art. 10, § 2º).

Conforme assinalado nas explanações feitas, as novas regras trabalhistas implementadas em virtude da Covid-19 trouxeram significativas alterações no direito material do trabalho.

Finalizada a breve apresentação das principais alterações promovidas nas relações

de trabalho, no próximo subitem, discorre-se sobre a constitucionalidade dos acordos individuais de trabalho.

Constitucionalidade dos acordos individuais de trabalho

Conforme dispõe o artigo 468, da CLT, as alterações de contrato individual de trabalho são lícitas desde que não tragam prejuízos para o empregado, sob pena de nulidade.

> Art. 468 - Nos contratos individuais de trabalho só é lícita a alteração das respectivas condições por mútuo consentimento, e ainda assim desde que não resultem, direta ou indiretamente, prejuízos ao empregado, sob pena de nulidade da cláusula infringente desta garantia.

Não obstante, a importância de medidas garantidoras do emprego promovidas, as mudanças nas regras trabalhistas ensejam alterações significativas no direito material do trabalho, gerando conflitos com a CLT e flagrante prejuízo para os trabalhadores.

A possibilidade de redução do salário prevista na MP nº 936 e na Lei nº 14.020/2020 afigura-se inconstitucional, uma vez que viola o artigo 7º, inciso VI, da Constituição que veda a irredutibilidade do salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo. Certamente, o momento que vive a economia exige medidas que visem à manutenção do emprego, bem como a continuidade das empresas. Contudo, questionamentos futuros no âmbito judicial não são afastados, o que gerou e gera certa instabilidade jurídica e prudência/preocupação por parte dos gestores das organizações.

O Partido Político Rede Sustentabilidade ingressou com Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.363, contra a MP nº 936, visando à suspensão da medida referente ao acordo individual de trabalho. Inicialmente, em relação aos acordos individuais, deferindo parcialmente a medida Cautelar, o relator Ministro Ricardo Lewandowski, em 06.06.2020, entendeu pela necessidade de comunicação aos sindicatos, almejando a deflagração de um acordo coletivo. Permanecendo silente o sindicato, o acordo individual seria válido.

Posteriormente, o STF, em sede Cautelar, no dia 17.04.2020, por maioria de votos, indeferiu a medida Cautelar, mantendo inalterada a MP nº 936, reconhecendo a validade imediata dos acordos individuais que reduzam a jornada e suspendam os contratos de trabalho, em razão da pandemia do novo coronavírus, independentemente da anuência dos sindicatos da categoria.

A justificativa da Corte assentou-se nas seguintes justificativas: deveria ser garantida a segurança jurídica; dificuldade de negociação coletiva; e restrição do STF, visto que a MP carecia de juízo político de admissibilidade junto ao Congresso.

Partindo-se da constatação que o STF considerou constitucional as alterações trabalhistas promovidas pela MP nº 936, devem ser entendidos como constitucionais as medidas esculpidas na Lei nº 14.020/2020, que reconhecem a validade imediata dos

acordos individuais que reduzam a jornada e suspendam os contratos de trabalho, em razão da pandemia do novo coronavírus, independentemente da anuência dos sindicatos da categoria.

Discorre-se a seguir sobre o cabimento da responsabilidade civil do Estado em função do que dispõe o artigo 468 da CLT.

Responsabilidade civil do Estado e o artigo 468 da CLT

Antes de ser abordada a questão da responsabilidade civil do Estado, oportuniza-se fazer uma diferenciação entre as situações previstas nos artigos 468 e 486, da CLT.

O artigo 468, *caput*, da CLT consagra o princípio da inalterabilidade contratual, particularmente, quando mudanças resultarem, direta ou indiretamente, em prejuízos para o trabalhador. Alterações contratuais não lesivas ao empregado podem ser implementadas, haja vista o poder diretivo do empregador quanto à melhor maneira de gerir o seu negócio. Ademais, negociações coletivas podem permitir que cláusulas contratuais sejam flexibilizadas. Nestes casos, as alterações nos contratos de trabalho não são provocadas por eventos externos oriundos de atos unilaterais do poder público.

Por sua vez, o artigo 486, *caput*, da CLT refere-se à hipótese em que o ente governamental, em virtude de alguma ação (ato, lei ou resolução), impossibilita a continuidade da atividade empresarial, provocando a não continuidade temporária ou definitiva do trabalho. Neste caso, a paralisação altera a dinâmica do trabalho, sendo provocada por um ato unilateral da autoridade governamental. A descontinuidade das operações empresariais ocorre, portanto, por um ato público que se constitui no chamado fato do príncipe, o que enseja a possibilidade de responsabilização de pagamento de indenização por parte do ente público ao empregador.

Porém, a COVID-19 sendo uma hipótese de caso fortuito ou força maior permitiria que fosse afastado o nexo de causalidade. Assim, não se identificariam os elementos ensejadores da responsabilização civil estatal, uma vez que não há relação direta entre o dano provocado (paralisação das atividades empresariais) e o nexo causal, impossibilitando que o Estado seja apontado como o responsável pela descontinuidade das atividades laborativas. Nesta situação, o fato do príncipe não é caracterizado.

Conforme demonstrado anteriormente, não obstante a Constituição Federal incluir no campo da responsabilidade objetiva todas as pessoas que operam serviços públicos, haveria a exclusão de tal responsabilidade no caso de força maior. Por outro lado, nos atos omissivos do Poder Público, o STF admite a aplicabilidade da teoria subjetiva quando da atribuição de responsabilidade civil do Estado. Porém, tais responsabilizações (objetiva e subjetiva) referem-se à atuação do Estado em sua função de prestador de serviços à sociedade, não guardando relação com a sua função regulativa.

Por outro lado, a CLT prevê a força maior no capítulo VIII. Porém, no artigo 501, *caput*, a referência a tal instituto é feita em relação a eventos inevitáveis, alheios à vontade

do empregador, e para o qual este não tenha concorrido direta ou indiretamente (BRASIL, 1943).

Na ocorrência de desastres naturais, o caso fortuito ou a força maior são de grande importância para o esclarecimento das relações obrigacionais. Contudo, em tempos da pandemia do Coronavírus, pode-se pensar em uma eventual demanda de responsabilidade civil, baseada na omissão antijurídica do Estado (ex. a não disponibilização de equipamento de saúde). Em outras relações obrigacionais, por sua vez, pode não se verificar qualquer relação com a pandemia da COVID-19. O entendimento do caso fortuito ou de força maior como excludente da causalidade, atrela-se ao elemento da exterioridade (SILVA, 2020).

Santos, Santos e Diniz (2020) concordam com a afirmação de que o caso fortuito ou a força maior advém de fatos externos, mas, estabelecem como seus critérios, além da exterioridade, a inevitabilidade e a necessidade.

A Lei nº 14.020/2020 em seu artigo 29 expressamente dispõe que o art. 486 da CLT não pode ser invocado em razão de paralisação ou suspensão de atividades empresariais determinada por ato de autoridade municipal, estadual ou federal para o enfrentamento da pandemia causada pela COVID-19. Afasta-se, também, a possibilidade de ser invocado o chamado fato do príncipe, não sendo cabíveis indenizações em virtude de paralisação temporária ou definitiva do trabalho. A própria MP nº 927, em seu artigo 1º, parágrafo único, reconhece, para fins trabalhistas, que as medidas por ela adotadas se encaixam na hipótese de força maior.

As medidas trabalhistas excepcionais decorrentes da calamidade pública provocada pela pandemia de Covid-19 apresentam-se como respostas a eventos externos, para os quais o Estado brasileiro não contribuiu para a sua ocorrência, sendo, portanto, um caso de força maior, e que não tem relação com as atividades estatais, afastando qualquer possibilidade de responsabilização civil estatal em face do artigo 468, da CLT, mesmo porque, o STF entendeu como aplicável em sua integralidade a MP nº 936, reconhecendo, inclusive, a validade de acordos individuais de trabalho que reduzam salário ou suspendam os contratos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Juridicamente reconhece-se a possibilidade de responsabilização, tanto objetiva, quanto subjetiva do Estado, mas, de forma não absoluta, haja vista, a excludente de responsabilidade em função de eventos provocados por força maior, para os quais não teria concorrido o Poder Público. Contudo, o STF admitiu que nos atos omissivos do Poder Público, aplica-se a teoria subjetiva quando da atribuição de responsabilidade civil do Estado.

Com a pandemia provocada pelo Covid-19 foram estabelecidas medidas excepcionais, que promoveram alterações nas regras trabalhistas, em virtude da

calamidade pública, prevendo-se a possibilidade de acordos individuais para a manutenção do emprego, em face do Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, instituído pela Medida Provisória (MP) nº 936/2000.

A CLT em seu artigo 468 considera nulas as alterações nos contratos individuais de trabalho que geram prejuízos ao empregado. Porém, em virtude de a pandemia ter se resultado de evento externo à vontade do Estado, aplica-se o instituto da força maior. A própria MP nº 927, em seu artigo 1º, parágrafo único, reconhece, para fins trabalhistas, que as medidas por ela adotadas se encaixam na hipótese de força maior.

Assim, respondendo-se à pergunta da pesquisa, em relação ao entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF), quanto à possibilidade de responsabilização do Estado, em virtude de acordos individuais de trabalho que impliquem em supressão de direitos, ao analisar a MP nº 936/2020, o STF entendeu pela aplicabilidade desses acordos, considerando-os constitucionais.

Em decorrência do coronavírus estabeleceram-se alterações nas regras trabalhistas, cujas principais foram apresentadas no referencial teórico, destacando-se a possibilidade de acordos individuais serem estabelecidos entre empregador e empregado, mesmo que estes impliquem na redução de salário e na suspensão dos contratos de trabalho. Portanto, afasta-se a obrigatoriedade de aval dos sindicatos para celebração de tais acordos. Identificou-se que as alterações promovidas pela MP nº 936/2020 não geram qualquer possibilidade de responsabilidade civil do Estado, particularmente, em face do artigo 468, da CLT.

A Lei nº 14.020/2020 em seu artigo 29 dispõe que o art. 486 da CLT não pode ser invocado, afastando-se a possibilidade de ser arguido o chamado fato do príncipe, não sendo cabíveis indenizações em virtude de paralisação temporária ou definitiva do trabalho por ato de qualquer ente federal, necessários para enfrentamento da Covid-19.

REFERÊNCIAS

AFONSO DA SILVA, José. **Curso de direito constitucional positivo**. 26. ed., atual. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

BRASIL, República Federativa do. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL, República Federativa do. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 ago. 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452compilado.htm. Acesso em: 24 jun. 2021.

BRASIL, República Federativa do. Decreto Legislativo nº 6, de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mar. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL, República Federativa do. Decreto nº 10.422, de 13 de julho de 2020. Prorroga os prazos para celebrar os acordos de redução proporcional de jornada e de salário e de suspensão temporária do contrato de trabalho e para efetuar o pagamento dos benefícios emergenciais de que trata a Lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 de jul. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10422.htm. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL, República Federativa do. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 jul. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL, República Federativa do. Lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda; dispõe sobre medidas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14020.htm#view. Acesso em: 24 jun. 2021.

BRASIL, República Federativa do. Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 mar. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv927.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL, República Federativa do. Medida Provisória nº 936, DE 1º DE ABRIL DE 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 abr. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv936.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL, República Federativa do. Supremo Tribunal Federal. Rio Grande do Sul: Relator Ministro Carlos Velloso. **Recurso Extraordinário 409203**. 7 jun. 2005. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo391.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL, República Federativa do. Supremo Tribunal Federal. Distrito Federal: Relator Ministro Ricardo Lewandowski. **Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.363**. 6 abr. 2020. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI6363.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL, República Federativa do. Supremo Tribunal Federal. Distrito Federal: Sessão Plenária Extraordinária - Julgamento por videoconferência sobre possibilidade de redução de salários por acordo individual em decorrência da pandemia (Medida Cautelar ADIN 6.363). 17 abr. 2020. Disponível em: http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441651&ori=. Acesso em: 23 jun. 2021.

CARVALHO, Sandro Sacchet de. Uma visão geral sobre a reforma trabalhista. *In*: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Mercado de Trabalho**: conjuntura e análise, ano 23, n. 63, out. 2017, p. 81-94. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8130/1/bmt_63_vis%c3%a3o.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de direito administrativo**. 32. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2018.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 32. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

HECK, Fernando. Responsabilidade civil do estado: conduta omissiva. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 1, 8 nov. 2018, p. 43-48. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/12. Acesso em: 23 jun. 2021.

SANTOS, Caroline Silva Arize; SANTOS, Maria Victoria Gallo; DINIZ, Ana Paola Santos Machado. Impactos da pandemia da covid-19 nas relações contratuais à luz dos institutos da força maior e da onerosidade excessiva. *In*: Covid-19 e o direito na Bahia: estudos da comunidade da UNEB em homenagem à memória de Ruivaldo Macedo Costa. **Direito Levado a Sério**, Bahia, 2020, p. 56-86. Disponível em: https://portal.uneb.br/noticias/wp-content/uploads/sites/2/2020/07/Covid-19-e-o-Direito-na-Bahia-ISBN-Covid-19-e-o-Direito-na-Bahia-ISBN-978-65-87020-01-3.pdf#page=56. Acesso em: 24 jun. 2021.

SILVA, Rafael Peteffi da. Caso fortuito ou de força maior: principais delineamentos dogmáticos e conexões com a pandemia do coronavírus. **Revista IBERC**, Belo Horizonte, v. 3, n.2, p. 220-240, maio/ago. 2020. https://revistaiberc.responsabilidadecivil.org/iberc/article/view/121/95. Acesso em: 24 jun. 2021

CAPÍTULO 8

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UNIDADES DE ATENDIMENTO AO AVC AGUDO NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/11/2021
Data de submissão: 10/08/2021

Terezinha de Fátima Gorreis
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/ 5389546488481447

Rozemy Magda Vieira Gonçalves
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/1888461328023374

RESUMO: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um problema de saúde pública em que estudos epidemiológicos evidenciam a importância da prevenção, promoção e tratamento da doença no Brasil. O presente estudo propõe-se analisar através de revisão bibliográfica o perfil epidemiológico de pacientes admitidos em unidades de referência no atendimento ao AVC agudo no país. Tratou-se de uma revisão da literatura, baseando-se na busca de periódicos, documentos e demais produções científico-acadêmicas entre 2017 e 2021. As bases de dados utilizadas foram: BIREME, LILACS, PubMed e SciELO. Os descritores utilizados para a busca foram: Acidente Vascular Cerebral; AVC; Neurológico. Realizou-se a exclusão daqueles estudos que estivessem em duplicata e que o conteúdo abordado não estivesse de acordo com a pesquisa. Enfatiza-se a necessidade de investimento nas políticas de prevenção a fim de evitar as causas desse problema, diminuindo concomitantemente, o alto índice de mortalidade e os gastos que a doença gera para o Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Cerebral. Neurológico. Enfermagem. Saúde pública. Reabilitação.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS TREATED IN CARE UNITS TO ACUTE STROKE IN BRAZIL: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Stroke is a public health problem in which epidemiological studies show the importance of prevention, promotion and treatment of the disease in Brazil. The present study proposes to analyze, through bibliographic review, the epidemiological profile of patients admitted to referral units for acute stroke care in Brazil. It was a literature review, based on the search for journals, documents and other scientific-academic productions between 2017 and 2021. The databases used were: BIREME (Virtual Health Library); LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences); National Library of Medicine (PubMed) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). The descriptors used for the search were: Stroke; Neurological. We excluded those studies that were in duplicate and that the content covered was not in accordance with the research. The need for investment in prevention policies is emphasized in order to avoid the causes of this problem, simultaneously decreasing the high mortality rate and the expenses that the disease generates for the Unified Health System.

KEYWORDS: Stroke. Neurological. Nursing. Public health. Rehabilitation.

1 I INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população nos países industrializados e em desenvolvimento tem causado um constante e esperado acréscimo na população idosa. Consequentemente observa-se um número cada vez maior de pessoas portadoras de doenças crônicas, das quais se destacam as doenças coronarianas e as doenças cerebrovasculares (OLIVEIRA et al., 2020).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é caracterizado por uma síndrome clínica que consiste no desenvolvimento rápido de sintomas neurológicos focais ou globais, com duração de mais de 24 horas. O mesmo pode ter origem isquêmica, causado por obstrução arterial por trombos ou êmbolos, ou hemorrágica, devido a sangramentos intraencefálicos (BERNOCHE et al., 2019).

O AVC é a segunda doença que mais causa óbitos no mundo, com cerca de 10% (BERNOCHE et al., 2019). É também a maior responsável pela incapacitação funcional em adultos (OMS, 2020). Tal potencial incapacitante, desde a fase aguda até a crônica, pode resultar em sequelas físicas, psicológicas e sociais no indivíduo acometido e consequente perda da qualidade de vida.

Estima-se que 1 em cada 6 pessoas sofrerá um AVC durante sua vida e a incidência duplica a cada década de vida a partir dos 55 anos. Cerca de dois terços dos AVCs ocorrem em países de média e baixa renda (países em desenvolvimento e subdesenvolvidos), onde a idade dos indivíduos acometidos é aproximadamente 15 anos mais jovem do que em países de alta renda (países desenvolvidos) (OMS, 2021).

Dantas et al. (2019) realizaram um estudo para avaliar hospitalizações públicas por AVC no Brasil de 2009 a 2016. Aqueles autores selecionaram registros de hospitalização de acordo com os códigos de diagnóstico de AVC da CID-10 de 2009 a 2016. O número de internações subiu de 131.122 para 146.950, tendo o número absoluto de mortes hospitalares aumentado de 28.731 para 31.937. Idades mais jovens e sexo masculino mostraram associação significativa com a sobrevida do paciente. As taxas anuais de hospitalização e de mortalidade hospitalar ajustadas por idade caíram 11,8% e 12,6%, respectivamente, mas a taxa de letalidade aumentou para pacientes acima de 70 anos.

O AVC é uma emergência neurológica devido aos mecanismos de lesão que progridem rapidamente. Independentemente se forem isquêmicos ou hemorrágicos, os tratamentos apenas são eficazes se iniciados durante um curto período de tempo após os primeiros sintomas (BERNOCHE et al., 2019).

Nos últimos anos, o tratamento do AVC isquêmico evoluiu significativamente com a introdução de novas técnicas diagnósticas e terapêuticas. O uso do ativador do plasminogeniotissular recombinante (rt-PA) como trombolítico para o uso em casos

selecionados de AVC isquêmico agudo é tido como estratégia de manejo, observado o período de janela terapêutica e os critérios de inclusão e exclusão (BERNOCHE et al., 2019).

A trombólise deve ser administrada por via endovenosa em até 4,5 horas do início do ictus isquêmico. Ultrapassando essa faixa de tempo, a mesma não é mais indicada devido à correlação de sua eficácia ao período de tempo entre o início dos sintomas e a sua administração (BERNOCHE et al., 2019).

Cefaleia súbita e atípica, diminuição de força e/ou sensibilidade em um dos lados do corpo, dificuldade para formar frases ou pronunciar palavras, déficit de equilíbrio, dificuldades para enxergar e paralisia em um dos lados do rosto são os sintomas mais comuns de instalação de um AVC (BERNOCHE et al., 2019).

O AVC é considerado uma emergência médica e o indivíduo com sintomas deve ser conduzido imediatamente para o ambiente hospitalar a fim de ser avaliado, porém, a principal barreira ainda reportada no atendimento ao paciente com AVC agudo é a demora em chegar ao hospital após o início dos sintomas (BERNOCHE et al., 2019). Tal fato demonstra o baixo nível de conhecimento populacional sobre o AVC, culminando em demora por busca de atendimento hospitalar (ABAVC, 2020).

Aproximadamente 40% dos pacientes diagnosticados com AVC terão de viver com sequelas permanentes, sendo as principais alterações observadas são os déficits somatossensitivos, visuais e motores; alterações no tônus, fala e linguagem; padrões sinergísticos e reflexos anormais, paresia e padrões alterados de ativação muscular; déficits de controle da postura e equilíbrio, alterações na marcha, entre outros comprometimentos (BERNOCHE et al., 2019).

O tratamento de um paciente que sofreu AVC se faz necessário desde a fase aguda, passando pela internação hospitalar, alta, até a reabilitação física nos meses subsequentes, com o objetivo de alcançar a independência funcional e melhor qualidade de vida para o paciente e seus cuidadores (ABAVC, 2020).

Neste sentido, o trabalho de uma equipe multidisciplinar se mostra necessário não somente no tratamento do AVC, mas também no esclarecimento da população sobre os sintomas e fatores de risco, bem como na contribuição através de pesquisa científica com dados epidemiológicos e clínicos que possam caracterizar o comportamento de determinada população, a fim de produzir dados que possam acrescentar informações úteis nas políticas públicas de prevenção da doença.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é traçar o perfil epidemiológico de pacientes admitidos em unidades de referência no atendimento ao AVC agudo no Brasil.

2 I MÉTODO

Este estudo é uma revisão da literatura, baseando-se na busca de periódicos,

documentos e demais produções científico-acadêmicas entre 2017 e 2020. As bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (PubMed) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) no período de março à abril de 2021. Os descritores utilizados para a busca foram: Acidente Vascular Cerebral; AVC; Neurológico. Foram excluídos aqueles que estivessem em duplicata e que o conteúdo abordado não estivesse de acordo com a pesquisa.

O estudo pode ser classificado sob três aspectos: quanto aos objetivos, quanto à abordagem do problema e quanto aos procedimentos. No tocante aos seus objetivos, a pesquisa que gerou este texto caracterizou-se como sendo de natureza exploratória e descritiva. As pesquisas exploratórias têm por fim "[...] mostrar mais contexto com o problema, tornando-o assim mais explícito ou construindo hipóteses, sendo assim estas pesquisas têm como grande objetivo aprimorar as ideias." (GIL, 2018 p. 45).

O tipo do estudo é uma revisão bibliográfica. Pesquisas desse tipo têm como objetivo primordial a exposição dos atributos de determinado fenômeno ou afirmação entre suas variáveis (GIL, 2018). Assim, recomenda-se que apresente características do tipo: analisar a atmosfera como fonte direta dos dados e o pesquisador como um instrumento interruptor; não agenciar o uso de artifícios e métodos estatísticos, tendo como apreensão maior a interpretação de fenômenos e a imputação de resultados; o método deve ser o foco principal para a abordagem e não o resultado; a apreciação dos dados deve ser atingida de forma intuitiva e indutivamente através do pesquisador (GIL, 2018).

Quanto à abordagem do estudo, tendo em consideração os objetivos definidos, considerou-se mais adequada a adoção de uma metodologia qualitativa. Conforme Richardson (2019), mostra que vários estudos que empregam uma metodologia qualitativa "[...] podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais."

3 | DESENVOLVIMENTO

Entende-se por AVC o conjunto de sinais e sintomas neurológicos, usualmente focais e agudos, causados por doenças ou disfunções dos vasos sanguíneos (BERNOCHE et al., 2019). A lesão tecidual neural no AVC isquêmico se dá pela diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo e consequente diminuição da oferta de oxigênio e glicose, causando danos e até mesmo morte tissular, de acordo com o grau de interrupção de fluxo e tempo de duração do episódio. Já no AVC hemorrágico a lesão se dá pela formação de hematomas na região onde ocorre o sangramento (BERNOCHE et al., 2019).

Vários estudos epidemiológicos têm indicado que as doenças cerebrovasculares atualmente representam um problema de saúde pública no Brasil. No decorrer das duas últimas décadas, o impacto das mesmas tem sido observado e estudado, não só por gerar

grandes custos de hospitalização ao sistema, mas também por serem doenças altamente incapacitantes, causando grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos e seus cuidadores, no período pós-evento (ABAVC, 2020).

Sabe-se que na América do Sul, Brasil e Argentina são os países que possuem o sistema de atendimento ao AVC mais organizado. O Brasil possui vários hospitais (localizados principalmente nos grandes centros urbanos) que possuem protocolo de atendimento de AVC isquêmico com uso de trombólise. Além disso, a maioria dos pacientes são tratados pelo sistema público de saúde, em unidades especializadas para o tratamento do AVC (ABAVC, 2020).

A redução na mortalidade intra-hospitalar por AVC nos últimos anos, nos países desenvolvidos, tem sido acompanhada por mudanças na gestão do paciente, como a utilização mais frequente de trombólise, uso de terapia antiplaquetária dentro de 48 horas, anticoagulantes, fisioterapia e uso de estatinas (BERNOCHE et al., 2019).

A recanalização das artérias obstruídas nos casos de AVC isquêmico, através da trombólise, aumenta em quatro ou cinco vezes a probabilidade de sobrevivência. É preditor de melhor prognóstico e recuperação da independência funcional no tratamento do AVC isquêmico com oclusão de grandes vasos de circulação anterior com até 8 horas do início dos sintomas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Segundo o Ministério da Saúde, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e a Scottish Medicines Consortium recomendam a trombectomia dentro de 6 horas do início dos sintomas, juntamente com trombólise intravenosa (se não for contraindicada e dentro da janela de tempo licenciada), para pessoas que têm AVC isquêmico agudo e oclusão confirmada da circulação anterior proximal demonstrada por angiotomografia computadorizada (ATC) ou angiorressonância magnética (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

No entanto, a trombólise endovenosa é subutilizada, com menos de 2% de todos os pacientes que chegam aos hospitais sendo tratados com essa terapêutica. Isso se deve à demora com que as pessoas chegam à unidade de AVC após o início dos sintomas (BERNOCHE et al., 2019).

Sendo o resultado do tratamento trombolítico tempo-dependente em casos de AVC isquêmico e o quadro de AVC ser considerado uma emergência médica, seja ele isquêmico ou hemorrágico, a demora na procura por atendimento se mostra uma das principais barreiras pré-hospitalares (OLIVEIRA et al., 2020).

A avaliação do paciente com comprometimento neurológico deve incluir sempre a mensuração da gravidade do quadro clínico e da repercussão da lesão na capacidade funcional do mesmo. A avaliação da capacidade funcional está relacionada à avaliação do grau de manutenção da capacidade de realização desde atividades básicas às mais complexas do cotidiano. É um método sistemático de avaliar a aptidão do paciente a realizar as tarefas habituais em seu ambiente, identificando capacidades ou dificuldades no cuidado pessoal e nas necessidades relacionadas às atividades de vida diária (MORO,

2019).

Segundo Bernoche et al. (2019), as doenças cardiovasculares representam a maior causa de óbitos mundialmente. Neste panorama, o AVC ocupa o segundo lugar entre as maiores causas de óbito, tendo vitimado cerca de 6,7 milhões de pessoas no ano de 2012, atrás somente das doenças isquêmicas do coração, com 7,4 milhões de mortes. No Brasil, no mesmo ano, observou-se comportamento similar, com o AVC e as doenças isquêmicas do coração, tendo causado 123.100 e 139.000 óbitos, respectivamente.

O AVC é classificado como isquêmico quando há uma obstrução do fluxo sanguíneo cerebral, ou hemorrágico quando ocorre uma ruptura vascular que leva à hemorragia - subaracnóide e intraventricular (AVC hemorrágico difuso) ou intracerebral/intraparenquimatosa (AVC, hemorrágico focal) (MORO, 2019).

Existe também um subtipo de AVC isquêmico: o Acidente Isquêmico Transitório (AIT). O AIT consiste num episódio de isquemia cerebral focal com duração de poucos minutos (geralmente de 7 a 10 minutos) e sem evidência de infarto no exame de imagem. Sabe-se que indivíduos que apresentam AIT têm uma maior chance de ter um AVC subsequente nos 90 dias após o episódio (risco de 10 a 15%) (OLIVEIRA et al., 2020).

Segundo a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (2021), cerca de 85% dos AVCs são de origem isquêmica. A obstrução arterial que ocorre no AVC isquêmico pode ser originada pela formação de um trombo sobre uma placa aterosclerótica ou pela migração de um êmbolo, referente à ruptura de um coágulo.

A classificação etiológica do Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi) é realizada através de um sistema de categorização chamado Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) que subdivide os AVCi's em cinco categorias: 1) aterosclerose de grande artéria; 2) cardioembolismo; 3) oclusão de pequenas artérias (lacunas); 4) AVCi de outras etiologias determinadas; e 5) AVC isquêmico de etiologia indeterminada. Essa classificação é de extrema importância, pois afeta prognóstico, condutas de tratamento e manejo do paciente acometido (MORO, 2019).

Entende-se por fatores de risco as características de um indivíduo que predizem a probabilidade do mesmo de manifestar uma determinada doença. Fatores de risco modificáveis, como o próprio nome indica, são aqueles que podem ser alterados ou diminuídos e estão relacionados em grande parte ao estilo de vida. Já os fatores de risco não modificáveis são, por exemplo, o sexo, a idade e a hereditariedade (OLIVEIRA et al., 2020). São fatores de risco não modificáveis das doenças cerebrovasculares a idade avançada, ser do sexo masculino, histórico familiar de AVC e histórico próprio de AVC e AIT prévios. Já os fatores de risco modificáveis são hipertensão arterial, tabagismo, diabetes, dislipidemias, abuso de álcool, sedentarismo, obesidade, fazer uso de contraceptivos hormonais, estenose carotídea e fibrilação atrial (OLIVEIRA et al., 2020).

Segundo o protocolo de atendimento pré-hospitalar do atendimento do AVC do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre, são sintomas

sugestivos de AVC agudo: fraqueza ou dormência súbitas em um lado do corpo; confusão, dificuldade para falar ou entender de início súbito; dificuldade súbita para enxergar com um ou ambos os olhos; dificuldade súbita para andar, tontura ou incoordenação de início súbito e cefaleia intensa e súbita sem causa aparente (MORO, 2019).

Os sintomas do AVC têm características de instalação súbita e de evolução rápida, caracterizando o quadro clínico como uma emergência neurológica. As sequelas físicas decorrentes de um AVC se relacionam com a localização da área afetada e com a gravidade da lesão neurológica, estando entre as mais importantes os déficits motores, como a perda ou a diminuição da força muscular dos membros de um lado do corpo (hemiplegia ou hemiparesia). A lesão ainda pode acometer a face (causando paralisia unilateral), a fala (alterações como a disartria e a afasia), o sistema sensório e cognitivo (causando prejuízos de domínios como a memória, linguagem, funções executivas, visuoperceptivas e espaciais), além de causar alterações psicológicas como a depressão e ansiedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

4 | ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA AO AVC AGUDO

O paciente que chega a um serviço de atendimento de emergência com sintomas de AVC agudo deverá ser atendido o mais rápido possível, em uma sala de urgência, unidade de AVC ou Unidade Vascular (UV). O médico emergencista irá confirmar o tempo dos sintomas, aplicar a escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale (NIHSSJ) e a escala de avaliação funcional de Rankin, solicitar exames como a tomografia de crânio (TC) sem contraste para a identificação de possível hemorragia cerebral e, em caso de confirmação de AVC isquêmico, avaliar se o paciente pode realizar a trombólise intravenosa (MORO, 2019).

A NIHSS é utilizada para a quantificação de déficits neurológicos e possui uma pontuação de 0 (sem déficit) a 42 (maior déficit). Os itens nela avaliados são: nível de consciência, orientação, resposta a comandos, movimento dos olhos, campo visual, movimento facial, função motora dos membros superiores e inferiores, presença de ataxia, sensibilidade, linguagem, articulação da fala e presença de extinção ou inatenção (HANAUER et al., 2018).

A avaliação funcional em casos de AVC agudo é feita através da escala de Rankin. A mesma gradua de 0 a 6 o grau de acometimento funcional do paciente. O grau 0 representa “sem sintomas”; grau 1, “nenhuma incapacidade significativa” (a despeito dos sintomas: capaz de conduzir todos os deveres e as atividades habituais); grau 2, “leve incapacidade” (de realizar todas as atividades prévias, porém independente para os cuidados pessoais); grau 3, “incapacidade moderada” (requer alguma ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência, podendo usar bengala ou andador); grau 4, “incapacidade moderadamente severa” (incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às

próprias necessidades fisiológicas sem assistência); grau 5, “deficiência grave” (confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem); e grau 6 representando óbito (MORO, 2019). Entende-se por funcionalidade o termo utilizado para descrever a interação entre as estruturas e funções corporais e as atividades de participação nos contextos pessoais e ambientais de um indivíduo.

No século XX, o tratamento para o AVC consistia em evitar o episódio, através de táticas de prevenção primária, como por exemplo o controle dos fatores de risco - com um enfoque maior para a hipertensão arterial - sendo o tratamento hospitalar apenas o controle das funções vitais e a prevenção de possíveis complicações. O uso da trombólise e seu sucesso em casos de infarto agudo do miocárdio trouxe uma nova forma de assistência ao paciente, mais ativa e inovadora, o que levou à criação de unidades especiais de atendimento ao AVC (OLIVEIRA et al., 2020).

Atualmente, os tratamentos utilizados para o restabelecimento do fluxo sanguíneo cerebral em um AVC isquêmico são a trombólise endovenosa ou intra-arterial, e em casos específicos, recanalização do vaso ocluído por remoção mecânica do trombo (BERNOCHE et al., 2019)

5 | TROMBÓLISE E FATOR TEMPO

A única droga trombolítica aprovada pela US Food and Drug Administration (FDA) e pela União Europeia é a alteplase (rt-PA). O mecanismo de ação desse medicamento é a ativação da glicoproteína plasminogênio tecidual humano recombinante, que por sua vez transforma o plasminogênio em plasmina, que promove a dissolução da fibrina em um coágulo sanguíneo (OLIVEIRA et al., 2020).

Sabe-se que a recanalização das artérias obstruídas nos casos de AVC isquêmico, através da trombólise, aumenta em quatro ou cinco vezes a probabilidade de sobrevivência e é preditor de melhor prognóstico e recuperação da independência. E apesar desta recomendação, a trombólise endovenosa é subutilizada, com menos de 2% de todos os pacientes que chegam aos hospitais sendo tratados com essa terapêutica. Isso se deve à demora com que as pessoas chegam à unidade de AVC após o início dos sintomas (OLIVEIRA et al., 2020).

É extremamente importante o reconhecimento em tempo hábil pelo paciente, familiar ou pessoa próxima, da instalação do déficit neurológico e seu transporte imediato para o local mais indicado para a investigação e tratamento (SBDCV, 2021).

Dessa forma, se torna necessário estudos que abordam fatores pré-hospitalares na procura por atendimento de emergência em indivíduos com AVC agudo, como o tempo de chegada no hospital após o surgimento dos primeiros sinais e sintomas.

6 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AVC é uma síndrome neurológica com grande prevalência em adultos e idosos, sendo uma das principais causas de mortalidade no mundo. O AVC mostra-se mais evidente a cada ano no mundo e, principalmente, no Brasil onde se observa altos números de casos da doença. Entretanto, viu-se a necessidade de investimento nas políticas de prevenção a fim de evitar as causas desse problema.

A prevenção ainda é o melhor tratamento e esse deve ser o foco maior das atenções, principalmente quando falamos em serviços públicos. Ao final deste estudo, concluímos que as pesquisas encontradas apresentam importante relevância técnico-científica, pois incentivam a realização de novos estudos sobre a epidemiologia do AVC, uma vez que implantada e executada a política de prevenção, a tendência será diminuir o alto índice de mortalidade e os gastos que a doença gera para o Sistema Único de Saúde - SUS.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASIL AVC (ABAVC). **Campanha de Combate ao AVC 2020**. ABAVC. 26 set. 2020. Disponível em: <https://abavc.org.br/index.php/2020/09/26/campanha-de-combate-ao-avc-2020/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BERNOCHE, C. et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.113, n.3, p. 449-663, set. 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/abc.20190203. Acesso em: 10 abr. 2021.

DANTAS, L. F.; MARCHESI, J. F.; PERES, I. T.; HAMACHER, S.; BOZZA, F. A.; NEIRA, R. A. Q. Public hospitalizations for stroke in Brazil from 2009 to 2016. **PLoS One**, [s. l.], v. 14, n. 3, e0213837, 2019. DOI: http://doi.org/10.1371/journal.pone.0213837.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2018

HANAUER, L.; SCHMIDT, D.; MIRANDA, R. E. de; BORGES, M. K. Comparação da severidade do déficit neurológico de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo submetidos ou não à terapia trombolítica. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.217-223, abr./jun. 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1809-2950/18020425022018. Acesso em: 10 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Relatório de recomendação nº 589. Trombectomia mecânica para acidente vascular cerebral isquêmico agudo. Fevereiro de 2021.** Brasília, DF: MS, CONITEC, 2021. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210222_Relatorio_589_trombectomia.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MORO, C. K. **Plano de Alta Hospitalar para pacientes pós-Acidente Vascular Cerebral (AVC).** 2019. 68 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), Porto Alegre, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/8942>. Acesso em: 10 abr. 2021.

OLIVEIRA, G. M. M. Cardiovascular Statistics – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.115, n. 3, p. 308-439, set. 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.36660/abc.20200812. Acesso em: 11 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The top 10 causes of death. **OMS.** 9 dez. 2020. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. Acesso em: 9 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Infobase. **OMS.** Disponível em: <http://apps.who.int/infobase>. Acesso em: 10 mar. 2021.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES (SBDCV). Disponível em: http://www.sbdcv.org.br. Acesso em: 10 mar. 2021.

CAPÍTULO 9

A MONITORIA COMO INSTRUMENTO PARA FORMAÇÃO DOCENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/11/2021
Data de submissão: 20/09/2021

William De Togni
Universidade Federal de Pelotas
Pelotas – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/8885769332592926

Gertrud Muller
Universidade Federal de Pelotas
Pelotas – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/7061100485275587

RESUMO: Este relato objetivou evidenciar aspectos da dinâmica de trabalho em um grupo de alunos que compuseram um projeto de monitoria acadêmica, desenvolvido em 2017, no Departamento de Microbiologia e Parasitologia do Instituto de Biologia da Universidade Federal de Pelotas, Brasil. A metodologia empregada envolveu a inserção dos alunos em um conjunto de atividades pedagógicas e técnicas laboratoriais, dando oportunidade de aprendizado e atuação em diferentes contextos. Foram observados alguns padrões envolvendo o interesse dos alunos dos cursos de graduação atendidos e suas capacidades de aprendizagem. Foi produzido material didático com conteúdo morfológico sobre os parasitas abordados em sala de aula. As possíveis razões para explicar as questões problemáticas detectadas, foram encontradas na literatura e são discutidas buscando compreender as diferentes realidades destes estudantes de acordo com seus cursos. Embora tenhamos observado uma baixa procura por monitores por parte dos alunos dos cursos apoiados, podemos concluir que o monitoramento pode oferecer uma ampla gama de oportunidades para que os monitores aprendam e pratiquem habilidades essenciais ao ensino profissional.
PALAVRAS-CHAVE: Monitoria. Parasitologia. Pelotas. Ensino. Graduação

MONITORING AS A TOOL TO TEACHING FORMATION: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: This report aims to evince aspects of the work dynamic of a group of students that comprised an academic monitoring project developed in 2017, at the Microbiology and Parasitology Department of Biology Institute of Pelotas Federal University, Brazil. The employed methodology involved the insertion of the students in a series of teaching activities and laboratory techniques, giving opportunities to learn and actuate in different contexts. We observed some patterns involving the interest of the students of the supported graduation courses and their learning capacities. It produced didactic material with morphological content about the parasites that had approached the class room. Possible reasons to explain the problematic issues that were detected, were found in literature and are discussed, searching to comprehend about the different realities of these students, according to their courses. Although we observed a low search for the monitors from the students of the supported courses, we can conclude that monitoring can offer a broad of opportunities to the monitors to learn and practice essential

abilities to the professional teaching.

KEYWORDS: Monitoring. Parasitology. Pelotas. Teaching. Graduation.

INTRODUÇÃO

A monitoria acadêmica é uma modalidade de ensino e aprendizagem que foi desenvolvida nas universidade brasileiras com o objetivo de contribuir para uma formação integrada nas atividades de ensino e aprendizagem, bem como instrumento de trabalho que visa a melhoria do desempenho docente no contexto do Ensino Superior (LINS, 2009). Instituída através da Lei nº 5540/68, a monitoria tem a missão de fornecer subsídios para o desenvolvimento de novas experiências e reflexões pedagógicas, favorecendo a articulação entre a teoria e prática, a integração e a interdisciplinaridade curricular em suas diferentes faces e a aproximação das relações entre o corpo discente e docente (ASSIS et al., 2006).

A atuação de monitores de graduação juntamente com discentes e docentes auxilia os professores no desenvolvimento de suas aulas teórico/práticas e na criação de diferentes propostas metodológicas, facilitando desta forma, uma aproximação do acadêmico à sua realidade profissional (BOTELHO et al., 2019). A possibilidade de aplicação de tais métodos em outras esferas acadêmicas, como a Extensão ou atividades técnicas em laboratórios dentro das universidades, possibilita a formação de recursos humanos com ampla atuação (DA SILVA BELONE et al., 2020). A relação entre teoria e prática também permite ao aluno que está a exercer a monitoria, a analisar os problemas, as situações e as relações pessoais e profissionais em diferentes contextos e em sua globalidade, auxiliando a construir uma visão holística sobre o perfil e a ética do profissional do magistério (SCHMITT et al., 2013).

Conforme o Art. 294, presente no regimento geral da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), deve haver nos termos das disponibilidades orçamentárias, bolsas de monitoria, constando em seu parágrafo único, que o “exercício das funções de monitor constitui título Preferencial para posterior ingresso na carreira do magistério superior”.

A disciplina de Parasitologia, ministrada no Departamento de Microbiologia e Parasitologia do Instituto de Biologia atende a diversos cursos de graduação da UFPel, sendo eles: Medicina, Zootecnia, Nutrição, Farmácia , Ciências Biológicas (Licenciatura e Bacharelado) e Medicina Veterinária (incluída aqui, a Turma Especial de Medicina Veterinária: disciplina ofertada através de convênio da Universidade com movimentos sociais rurais, composta por alunos em formação para atuar junto aos assentamentos de reforma agrária dos quais foram deslocados). Dentro dessa perspectiva, foi conduzido um projeto de monitoria com o objetivo de oportunizar o acesso dos monitores aos diversos saberes produzidos nas disciplinas da área de Parasitologia e Ensino de Biologia. Este artigo trata de um relato de experiência elaborado por um estudante de Bacharelado do curso de Ciências Biológicas, sobre sua própria inserção e as percepções desenvolvidas durante este estágio de monitoria.

MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto “Microbiologia e Parasitologia: Interação Saúde e Ambiente” atende a 29 turmas de cursos de graduação no Campus Capão do Leão da UFPel, tendo em média 50 alunos cada. A equipe de trabalho desse projeto conta com dois alunos bolsistas de ensino na área de Parasitologia, dois bolsistas de ensino na área de Microbiologia e um bolsista de ensino na área de Educação. Estes discentes foram selecionados via processo seletivo com prova objetiva e entrevistas, a partir de edital publicado.

Para a capacitação de todos na execução do projeto, nele constam as seguintes incumbências: (i) capacitação em relação aos temas contemplados no projeto; (ii) treinamento para preparação de materiais para aulas práticas; (iii) auxílio aos discentes de graduação na execução de técnicas microbiológicas e parasitológicas, a fim de garantir o uso do laboratório dentro das normas de biossegurança com o acompanhamento de docentes do departamento; (iv) organização de plantões entre os monitores para sanar dúvidas relacionadas às aulas práticas e teóricas; (v) a criação de página na internet com atualizações nos temas relacionados ao Departamento de Microbiologia e Parasitologia; (vi) o desenvolvimento de diferentes recursos didáticos que sirvam de aporte para as aulas dos docentes do Departamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades foram iniciadas em julho e terminaram em dezembro de 2017 seguindo o cronograma inicialmente definido. Os resultados obtidos nas tarefas realizadas durante a monitoria são descritos e discutidos nos tópicos listados abaixo.

Reuniões

Foram realizadas duas reuniões iniciais: (i) a primeira foi organizada pela coordenação, onde foram esclarecidas questões teóricas e burocráticas do projeto aos bolsistas de ensino (Microbiologia e Parasitologia); (ii) a segunda com os orientadores na área de Parasitologia, a qual tratou da distribuição das tarefas e da organização de um cronograma de aulas práticas dos cursos com os respectivos conteúdos e horários onde foram ministradas. Demais reuniões não formalizadas foram conduzidas semanalmente entre orientadores, alunos e técnicos de laboratório para ajustes em relação aos conteúdos subsequentes. Esta etapa foi de fundamental importância para a compreensão da práxis docente, particularmente para um discente do bacharelado, pois contribuiu para o estímulo na comunicação entre os demais profissionais do departamento, incluídos os técnicos de laboratório e de limpeza, proporcionando um sentimento de bem-estar durante as atividades. Alguns estudos têm investigado a importância da qualidade das relações interpessoais na carreira docente, avaliando que o aprofundamento das relações interpessoais no ambiente de trabalho melhora a eficácia da prática docente e contribui para a construção de uma

perspectiva de pertencimento ao grupo de trabalho onde se está atuando (PETROSKI et al., 2005; BEDFORD; JACKSON; WILSON, 2008).

Preparo de lâminas e placas

As aulas de Parasitologia são dividas semanalmente entre teóricas e práticas. Particularmente para as aulas práticas, a montagem de lâminas contendo os parasitos *Fasciola hepatica*, *Echinococcus granulosus* e *Trichuris trichiura* (demais espécies de parasitos já continham material em quantidade suficiente, dispensando a montagem) e de placas de petri com os nematódeos *Ascaris lumbricoides*, *Toxocara canis* e *T. cati*, *Oxyuris* spp. e *Strongylus* spp., foram realizadas para observação nos equipamentos oculares (microscópio e estereomicroscópio). Esta atividade contribuiu consideravelmente tanto para a fixação e ampliação de conhecimentos a respeito da biologia dos organismos estudados e para o aprendizado de técnicas laboratoriais, o que proporciona certa autonomia e confiança para posterior instrução aos discentes dos cursos atendidos, bem como oportunizou a criação de uma relação estreita e sadia com os técnicos de laboratório.

Organização de materiais e equipamentos

Esta atividade ocorreu antes do início e após o fim das aulas de laboratório e consistiu no preparo dos microscópios e estereomicroscópios, juntamente da organização do material biológico e teórico nas bancadas (chaves de identificação e manuais morfológicos), para a execução das mesmas. Esta tarefa contribuiu para compreender o que podemos considerar como alta, a demanda de atividades que o profissional docente da disciplina de Parasitologia tem para planejar. Tais percepções, possivelmente, podem ser enquadradas em um cenário avaliado como preocupante de sobrecarga laboral, que vem sendo investigado nas instituições de ensino brasileiras (BATISTA et al., 2010; COSTA et al., 2013).

Elaboração de material didático

Esta atividade surgiu a partir da necessidade de atualização e reorganização das apostilas utilizadas nas aulas práticas para identificação morfológica dos organismos, onde foi realizada uma pesquisa para substituição e reestruturação das figuras e correções nomenclaturais das estruturas dos parasitos. Por motivos óbvios, este trabalho contribuiu para a fixação do conteúdo tratado na disciplina e também a gerar autonomia e confiança em relação à produção intelectual. Possibilitar a experiência de produzir um material didático que será utilizado para instrução de outros colegas é de suma importância para a formação e segurança profissional, pois traz gratificação e estimula o discente de monitoria a adquirir satisfação e perspectivas de permanência no curso e em relação ao trabalho realizado (MACHINESKI; MACHADO; SILVA, 2011).

Cálculo de notas

O acompanhamento e auxílio prestado à professora orientadora nos cálculos das notas das avaliações realizadas e transcrição das mesmas para o sistema informatizado da UFPel, permitiu ao discente ficar familiarizado com o sistema na forma como ele é apresentado aos docentes e também de parte da rotina laboral dos professores.

Monitoria

A assistência foi prestada aos discentes da graduação dos cursos Medicina Veterinária, Nutrição, Ciências Biológicas, Farmácia, Medicina e Zootecnia em dois momentos: durante as aulas práticas ministradas e durante os plantões, e consistiu no esclarecimento de dúvidas e preparação para as avaliações das disciplinas.

Quanto ao entendimento do conteúdo ministrado durante as aulas, com exceção do curso de Ciências Biológicas, notou-se que os discentes têm dificuldade de associação dos parasitos com suas estruturas diagnósticas, permanecendo também menos tempo nas práticas observando-os nos equipamentos quando comparados ao curso supracitado. Podemos inferir que este seja um comportamento natural, considerando que os parasitos com frequência causam uma repugnância visual e que alunos de Biologia presumivelmente estão mais habituados com este tipo de contato.

Foi observado também que a associação de informações etimológicas dos nomes científicos referentes às espécies de parasitos facilita aos discentes a assimilar mais facilmente o conteúdo e as informações diagnósticas, o que remete a um sistema semelhante ao dos Mapas Conceituais já utilizados em outros estudos de monitoria (MENDONÇA; FELIPA, 2016). Além disso, nota-se que alguns discentes não possuem muita experiência com a utilização dos microscópios e principalmente estereomicroscópios, quando apresentam dificuldade para operarem as oculares e a focagem na busca de estruturas dos parasitos.

Foi constatada uma baixa procura de auxílio por parte dos discentes até as duas últimas semanas letivas do semestre, com apenas uma procura de uma aluna que não teve acesso ao conteúdo devido a estadia em intercâmbio. Quando estava prestes a iniciar o período de avaliações, a demanda aumentou levemente, já demonstrado por Matoso (2014), embora com uma baixa quantidade de alunos, sendo que a grande maioria buscou apenas a visualização das lâminas com o intuito de saber identificar os parasitos. A procura por conteúdos envolvendo temas teóricos ou conceituais foi muito baixa.

Da Silva e De Belo (2012) obtiveram resultados semelhantes na avaliação de monitoria ao curso de Biologia na Universidade Federal de Alagoas, tanto no grau de interesse dos alunos de Biologia em relação ao conteúdo, quanto em relação ao baixo interesse geral em relação à monitoria. Esta última situação, observada também no presente caso, pode ser explicada pelo fato de os cursos atendidos serem de tempo integral. Assis et al. (2006) relatou em seu estudo sobre monitoria em Enfermagem, que discentes inseridos em cursos

desta modalidade têm maior dificuldade de acompanhar as monitorias ou cumprir a carga horária necessária, devido a desenvolverem atividades extracurriculares nos respectivos períodos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades realizadas durante a monitoria permitiram algumas percepções da dinâmica do aprendizado dos alunos, envolvendo as dificuldades e familiaridades das turmas dos diferentes cursos com os assuntos abordados.

Os discentes apresentaram diferentes graus de interação em relação à monitoria, de acordo com os diferentes contextos dos quais eles provêm, onde aqueles de cursos mais correlatos demonstraram maior interesse nas aulas presenciais.

Através da aplicação de exercícios etimológicos, foi possível a visualização de métodos que podem ser utilizados para melhoria da instrução para a identificação dos parasitos trabalhados nas aulas.

Além disso, foi possível compreender parte do desenvolvimento das tarefas técnicas e pedagógicas realizadas no Departamento de Microbiologia e Parasitologia da UFPel.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Fernanda de et al. Programa de monitoria acadêmica: percepções de monitores e orientadores. **Rev. enferm. UERJ.**, v. 14, n. 3, p. 391-397, 2006.

BATISTA, Jaqueline Brito Vidal et al. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 13, p. 502-512, 2010.

BEDFORD, Dorothy; JACKSON, Coleen R.; WILSON, Elizabeth. New partnerships for learning: Teachers' perspectives on their developing professional relationships with teaching assistants in England. **J Serv Educ,** v. 34, n. 1, p. 7-25, 2008.

BOTELHO, Laís Vargas et al. Monitoria acadêmica e formação profissional em saúde: uma revisão integrativa. **ABCS health sci.**, v. 44, n. 1, 2019.

COSTA, Ludmila da Silva Tavares et al. Prevalência da Síndrome de Burnout em uma amostra de professores universitários brasileiros. **Psicol. reflex. crit.**, v. 26, p. 636-642, 2013.

DA SILVA BELONE, Jaciele Cristina et al. A monitoria acadêmica como intervenção teórico prática para estudantes do ensino técnico em enfermagem. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum,** v. 6, n. 11, p. 86993-87004, 2020.

DA SILVA, Rosineide Nascimento; DE BELO, Maria Lusia Morais. Experiências e reflexões de monitoria: contribuição ao ensino-aprendizagem. **Scientia Plena**, v. 8, n. 7, 2012.

LINS, Leandro Fragoso et al. A importância da monitoria na formação acadêmica do monitor. **Jornada de ensino, pesquisa e extensão, IX**, 2009.

MACHINESKI, Rute; MACHADO, Amélia Carolina; SILVA, Rosangela. A importância do estágio e do programa de iniciação científica na formação profissional e científica. **Enciclopédia Biosfera**, v. 7, n. 13, 2011.

MATOSO, Leonardo Magela Lopes. A importância da monitoria na formação acadêmica do monitor: um relato de experiência. **CATUSSABA-ISSN 2237-3608**, v. 3, n. 2, p. 77-83, 2014.

MENDONÇA, Conceição AS; FELIPA, PR de A. O ensino de parasitologia na formação de professores de ciências biológicas: uma intervenção com mapas conceituais. **Revista da SBEnBio, IX**, 2016.

PETROSKI, Elio Carlos et al. **Qualidade de vida no trabalho e suas relações com estresse, nível de atividade física e risco coronariano de professores universitários**. 2005. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/102906/210398.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 set. 2019.

SCHMITT, Márcia Danieli et al. Contribuições da monitoria em semiologia e semiotécnica para a formação do enfermeiro: relato de experiência. **UDESC em Ação**, v. 7, n. 1, 2013.

CAPÍTULO 10

CRIMES CONTRA A MULHER E AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTO DE COMBATE À VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO BRASIL

Data de aceite: 01/11/2021
Data de submissão: 20/07/2021

Iara de Sousa Alves
Centro Universitário IESB
Brasília – DF
http://lattes.cnpq.br/3016125771788178

Leandro do Nascimento Rodrigues
Centro Universitário IESB / IDP
Brasília - DF
http://lattes.cnpq.br/8343980688973057

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo compreender os aspectos legais que foram implementados no decorrer dos anos como medida de enfrentamento à violência de gênero contra mulheres. Para tanto, realizou- se uma breve análise das principais medidas de proteção especificadas nas Leis 11.340/2006 - Lei Maria da Penha; Lei 12.845/2013 - Lei do minuto seguinte; Lei 10.778/2003 - Lei de obrigatoriedade de notificação compulsória e comunicação à autoridade policial; e Lei Complementar 131/2009 - Lei da transparência. Com isso, buscou-se extrair os principais instrumentos alcançados relacionando-os aos atuais mecanismos presentes nas políticas públicas vigentes, sugerindo-se, por fim, uma reflexão e provocação no que diz respeito à participação da sociedade nos processos de prevenção, elaboração, enfrentamento e repressão às formas de violência contra a mulher baseada no gênero.

PALAVRAS-CHAVE: Lei 11.340/2006. Violência Doméstica. Feminicídio. Políticas Públicas.

CRIMES AGAINST WOMEN AND PUBLIC POLICIES AS AN INSTRUMENT TO COMBAT GENDER VIOLENCE IN BRAZIL

ABSTRACT: The present work aims to understand the legal aspects that have been implemented over the years as a measure to combat gender violence against women. To this end, a brief analysis of the main protection measures specified in Laws 11.340/2006 - Maria da Penha Law was carried out; Law 12.845/2013 - Law of the following minute; Law 10.778/2003 - Law mandatory compulsory notification and communication to the police authority; and Complementary Law 131/2009 - Transparency Law. Thus, we sought to extract the main instruments achieved relating them to the current mechanisms present in the current public policies, suggesting, finally, a reflection and provocation with regard to the participation of society in the processes of prevention, elaboration, confrontation and repression of forms of violence against women based on gender.

KEYWORDS: Law 11.340/2006. Domestic Violence. Feminicide. Public Policy.

1 I INTRODUÇÃO

Hoje o Brasil é o quinto país que mais assassina mulheres no mundo. O número de mulheres assassinadas chega a ser equiparado ao número de mortos em países que enfrentam guerra civil, o que é um fato preocupante, tendo

em vista que essas mortes vêm de uma cultura de total discriminação às mulheres advinda de uma ideia sexista, machista e misógina construída pela sociedade desde os mais remotos tempos.

O crime de feminicídio, em geral, fundamenta-se não em fatores biopsicológicos, mas sim socioculturais, uma vez que a prática de comportamentos machistas e sexistas criaram uma identidade de subjugação da mulher enquanto objeto de poder, ocasionando comportamentos homicidas por parte de alguns homens. Fatores de risco, como o uso excessivo de álcool, drogas e ciúmes potencializam a conduta criminosa do agressor, porém não as justificam. Também na temática, há de se falar que algumas mulheres apresentam-se mais suscetíveis à violência de gênero, diante de questões como dependência econômica e/ou sentimental com o agressor.

Nessa razão, o presente trabalho desenvolve-se a partir do seguinte questionamento: as políticas públicas vigentes têm sido eficazes enquanto instrumento de combate ao feminicídio e as violências de gênero ocorridas no Brasil?

Para tanto, a primeira parte deste trabalho aborda a evolução histórica da violência doméstica no Brasil. A seguir, o trabalho capítulo demonstra como são elaboradas, implementadas e desenvolvidas as políticas públicas para prevenção, tratamento e repressão da violência contra a mulher. Destaca-se nesse processo, a importância da participação da sociedade, em especial no que determina a Lei Complementar 131/2009, conhecida como Lei de transparência, que incentiva a população a se envolver na elaboração e realização de políticas públicas que envolvam mulheres em situação de violência. Ao final são apresentadas as reflexões gerais acerca do tema.

2 I EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO BRASIL

No século XVI, o reino português estava em busca de novos polos de exploração a fim de aumentarem o domínio territorial e expandirem suas riquezas. Diante disso, o rei português lançou mão de diversas expedições marítimas e uma delas fez com que uma nova terra fosse descoberta, o Brasil. (LEAL, 2004, p.166)

Contudo, o rei não possuía interesse em se fixar naquela nova terra, mas somente queria explorá-la e aumentar suas riquezas e, logo após isso, retornar para a Europa. Com a grande valorização do açúcar como insumo no território Europeu, os portugueses decidiram fixar novas residências na terra então descoberta e criar espécies de terrenos próprios para a produção do insumo, os latifúndios. (LEAL, 2004, p.166)

Graças a grande riqueza gerada pela figura açucareira e com uma mão de obra advinda da escravatura, em que o português explorava os nativos e ainda trazia negros oriundos de países africanos para trabalharem em seus terrenos, a sociedade patriarcal foi se estabelecendo pouco a pouco. (LEAL, 2004, p.166)

Sob o domínio da figura do *pater famílias,* homem que detinha o poder de mandar

nos membros familiares de forma soberana que muitas das vezes era o senhor de engenho, estabelecia-se o que fora conhecido como casa grande. A casa grande ou grande casa era um estabelecimento considerado como a parte mais importante de uma fazenda sob domínio português, a casa grande era governada pelo *pater famílias*, mas era gerenciada pela figura doméstica da matrona ou matriarca, que era uma mulher trazida de Portugal que possuía a missão de manter a cultura portuguesa e se submeter a tudo aquilo que fosse proposto pelo senhor de engenho. (LEAL, 2004, p.167)

Apesar de as matronas possuírem mais diretos que a figura dos filhos e bem mais do que a figura dos escravos, essas mulheres não eram totalmente livres e poderiam ser punidas em caso de qualquer descumprimento de ordens dadas pelo pater famílias. Toda a família patriarcal que se encontrava no domínio do senhor de engenho era composta basicamente por: pai, mãe, filhos, parentes de grau distante e agregados. (LEAL, 2004, p.167) Com tal estabelecimento de padrões que seguiam regras revestidas de um caráter absoluto, a então família demarcada em território brasileiro. O papel da mulher, por muita das vezes, foi maculado pela figura do senhor do engenho, tendo em vista que a mulher era responsável por todas as atividades domésticas e pela educação dos filhos. Se houvesse qualquer dissociação de tal premissa em relação às ordens dadas pelo pater famílias a esposa poderia ser punida de acordo com os ditames realizados pela família a época.

Para o autor Leal (2004, p.168) a liberdade feminina, tanto da figura da esposa como da figura das filhas, era totalmente diminuída em função do poder que era dado pela coroa portuguesa aos senhores de engenho. O espaço feminino era delimitado pelos costumes a época e baseada em conceitos definidos pela cultura do país de origem, a mulher somente podia frequentar locais se previamente pedisse autorização ao *pater famílias* e não poderia andar na rua, tendo em vista que a rua era considerada um local impróprio e impuro e que poderia macular a imagem da cultura portuguesa.

Como a rua era uma ambiência em que os homens realizavam suas tarefas diárias, tais quais a negociação de novos insumos, a compra e a venda de escravos, a compra e novos materiais, entre outros, ficava evidente que tal ambiente não era considerado feminino pelos costumes a época. (LEAL, 2004, p.168)

Graças ao caráter de objeto com a qual eram tratadas, as mulheres estavam submissas as mais diversas ordens e por consequência eram consideradas como objetos sem valor algum e facilmente substituíveis. O maior medo das matronas eram ser consideras impuras pelo senhor do engenho, tendo em vista os castigos que viria a sofrer e que possivelmente perderia sua vida. (LEAL, 2004, p.169)

A figura social da época definia o homem como um ser superior, poderoso, forte e que era considerado como soberano. Sua palavra vinculava não só as mulheres, mas também os filhos e os agregados que faziam parte da grande casa. O homem, então, era considerado como o centro polarizador da família a época e que sua palavra era suficiente para modificar algum posicionamento ou a forma com que os membros viessem a agir em

determinadas situações. (LEAL, 2004, p.169)

Com o passar do tempo, a realidade da mulher foi sendo modificada pouco a pouco, mas seu direito continuou a ser restringido. No século XIX a mulher era estereotipada pelos homens e essa deveria estar em plena adequação, deveria ser considerada linda, angelical, virgem e imaculada, encorpada, seios fartos, grande quadril, tudo isso para um único motivo: agradar o homem. (LEAL, 2004, p.169)

Diante de tal diferenciação entre os sexos e por conta dos estereótipos com os quais as mulheres tinham que lidar, os papeis entre a figura dos membros de sexo masculino e feminino foram pré-estabelecidos meio seio social. O homem deveria, portanto, agir da forma mais máscula possível, deveria andar, se vestir, falar, e agir em proporções específicas delimitadas pela sociedade. Já a figura da mulher deveria se comportar de forma sensível, tímida e aparentar ser frágil, sendo consideradas até mesmo dependentes plenas do homem para todos os casos. (LEAL, 2004, p.169)

Nesta monta, nota-se que a figura da mulher era totalmente objetificada e se não atendesse aos padrões que eram impostos pela sociedade ficaria totalmente à mercê de sua família para sustentá-la ou mantê-la viva. O casamento, para todas as mulheres em um meio social, era considerado como o maior evento de sua vida, sendo essas preparadas desde a época infantil para tal acontecimento. (LEAL, 2004, p.169)

O padrão afetivo no casamento não existia, ou seja, o instituto não era uma forma de demonstração de amor pelos cônjuges, mas sim era uma espécie de contrato que era estabelecido entre o noivo e o pai da respectiva mulher. O pai, por sua vez, queria um valor pela "mão" de sua filha e o noivo queria uma prole a fim de que a geração fosse mantida. (LEAL, 2004, p.170)

Com isso, seu direito ficava cada vez mais maculado, apesar de poderem realizar atividades que antes não eram sequer pensáveis, por exemplo, irem a rua ou frequentarem determinados estabelecimentos. Por conta de toda essa mazela criada em desfavor da mulher, os anos de Brasil para essas cidadãs foram os piores possíveis e que a raiz gerada pela sociedade patriarcal portuguesa vigora até os dias de hoje.

3 I OS CRIMES CONTRA A MULHER E AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTO DE COMBATE À VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO BRASIL

Mesmo com a proteção dada pela legislação nacional, os crimes contra a mulher continuam a existir e, no ano de 2019, a Secretaria de Segurança Pública do Distrito Federal realizou um levantamento acerca desses delitos e sobre a forma como são distribuídos nas regiões administrativas da capital nacional

Gráfico 01- Faixa Etária dos Autores dos Delitos

Fonte: SSP-DF/2019

A violência é um problema social que transcende a faixa etária, contudo a maioria dos agressores praticantes de tais condutas estão na faixa de 18 a 40 anos, com a participação em um total de 66% dos crimes em desfavor da mulher.

1. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA – Comparativo do período de janeiro a julho dos anos de 2018 e 2019, por Região Administrativa.

Tabela 1 – Crimes de Violência Doméstica por Região Administrativa – jan_jul2018/19.

VIOLENCIA DOMÉSTICA - LEI MARIA DA PENHA									
RANKING (2019)	REGIÃO ADMINISTRATIVA	Janeiro a Julho		VARIAÇÃO		PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO - ANO 2018		PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO - ANO 2019	
		2018	2019	(%)	Quantit.				
1º	CEILANDIA	1378	1542	12%	164	15,8%	67%	17,1%	69%
2º	PLANALTINA	674	792	18%	118	7,7%		8,8%	
3º	SAMAMBAIA	655	761	16%	106	7,5%		8,4%	
4º	TAGUATINGA	590	544	-8%	-46	6,8%		6,0%	
5º	GAMA	512	527	3%	15	5,9%		5,9%	
6º	RECANTO DAS EMAS	523	509	-3%	-14	6,0%		5,7%	
7º	SANTA MARIA	398	434	9%	36	4,6%		4,8%	
8º	BRASILIA	453	406	-10%	-47	5,2%		4,5%	
9º	SAO SEBASTIAO	418	404	-3%	-14	4,8%		4,5%	
10º	SOBRADINHO	285	310	9%	25	3,3%		3,4%	
11º	AGUAS CLARAS	326	294	-10%	-32	3,7%	33%	3,3%	31%
12º	SOBRADINHO 2	301	284	-6%	-17	3,4%		3,2%	
13º	GUARA	264	282	7%	18	3,0%		3,1%	
14º	PARANOA	250	277	11%	27	2,9%		3,1%	
15º	ITAPOA	225	264	17%	39	2,6%		2,9%	
16º	BRAZLANDIA	225	215	-4%	-10	2,6%		2,4%	
17º	VICENTE PIRES	210	185	-12%	-25	2,4%		2,1%	
18º	ESTRUTURAL	204	185	-9%	-19	2,3%		2,1%	
19º	RIACHO FUNDO 2	185	160	-14%	-25	2,1%		1,8%	
20º	RIACHO FUNDO	132	136	3%	4	1,5%		1,5%	
21º	CANDANGOLANDIA	39	72	85%	33	0,4%		0,8%	
22º	NUCLEO BANDEIRANTE	80	58	-28%	-22	0,9%		0,6%	
23º	VARJAO DO TORTO	56	54	-4%	-2	0,6%		0,6%	
24º	CRUZEIRO	59	52	-12%	-7	0,7%		0,6%	
25º	LAGO NORTE	58	48	-17%	-10	0,7%		0,5%	
26º	FERCAL	48	47	-2%	-1	0,5%		0,5%	
27º	SUDOESTE	50	44	-12%	-6	0,6%		0,5%	
28º	LAGO SUL	50	39	-22%	-11	0,6%		0,4%	
29º	PARK WAY	34	28		-6	0,4%		0,3%	
30º	JARDIM BOTANICO	29	28		-1	0,3%		0,3%	
31º	SIA	20	25		5	0,2%		0,3%	
TOTAL		8731	9006	3,1%	275	100,00		100,00	

Fonte: Banco Millenium - COOAFESP/SGI/SSPDF
Obs. Dados do ano 2019 atualizados em 01/08/2019, pela data do fato, estando sujeitos a alterações.

Tabela 01: Violência Doméstica 2018- 2019 DF.

Fonte: SSP-DF/2019

Nota-se que o Distrito Federal em 2019 teve um grande lapso de aumento do número de vítimas de tais casos de violência. A Secretaria de Estado de Segurança Pública ao divulgar tal gráfico preocupou-se em enfatizar que as maiores regiões administrativas distritais sofrem diretamente com o lapso da violência. Ceilândia, Taguatinga e Samambaia

estão no top 10 no percentual de participação da prática de tais delitos.

A violência na seara distrital é preocupante, pois cresce de forma desordenada. Em 2015 um fato ocorrido no Distrito Federal foi alvo de discussão nos Tribunais Superiores, o qual serviu como ponto de partida para a criação de uma jurisprudência. Tal caso ocorreu no dia 15 de março de 2015, seis dias após a publicação da Lei do Feminicídio, Marcos Alexandrino assassinou sua companheira Marineide Freire Ferreira com o uso de uma faca, em uma rua localizada na Ceilândia.

O fato ocorreu por volta das 20h e as testemunhas evidenciaram, de acordo com o site Metrópoles (2019, p.2), que os moradores locais não estavam entendendo tal fato, mas após virem a vítima caída no chão, partiram para cima do agressor para linchá-lo, graças a tal movimentação a unidade policial foi acionada e o agressor fora levado a prisão em flagrante delito.

O assassinato em questão chamou tanta atenção da mídia local que a repercussão foi parar na Câmara dos Deputados, a qual deu início a um novo debate jurídico para a realização de uma maior proteção da figura da mulher em face aos crimes sofridos fora da seara doméstica.
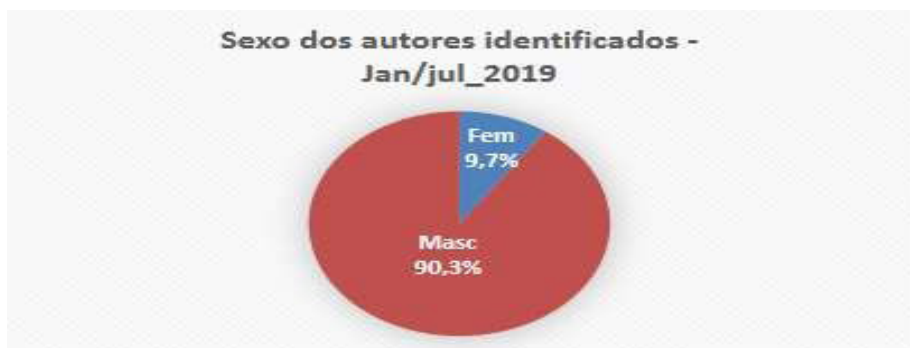
Gráfico 02: Sexo dos Autores Identificados.

Fonte: SSP-DF/2019

Nota-se que a grande maioria dos casos de violência doméstica, em razão da identidade cultural da família brasileira, o causador do dano é homem, o qual aparece em 90,3% dos casos de violência identificados.

Tal fato também coaduna-se que em 9.006 das ocorrências de violência doméstica foram identificados exatamente 8.963 autores, de Acordo com o SSP-DF (2019), onde 654 autores, 7,3% do total, incorreram em reincidência específica na prática de tal crime.
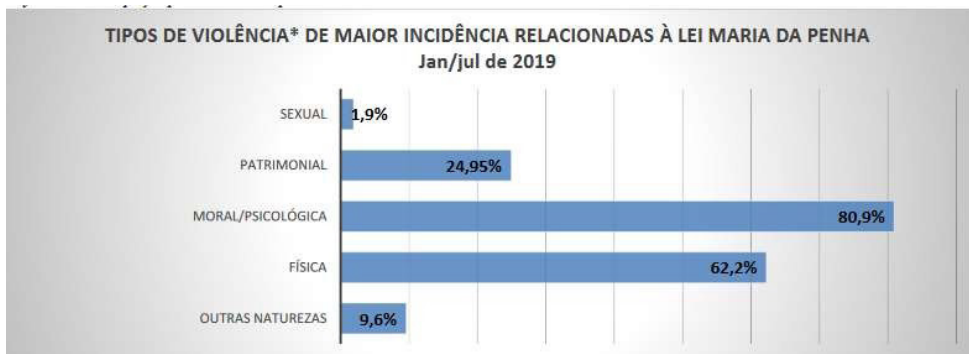
Gráfico 03: Tipos de Violência Cometidas Contra a Vítima.

Fonte: SSP-DF/2019

Nota-se que a violência cometida contra a figura da vítima é bem diversa, onde o agressor na maioria dos casos utiliza de ameaças para gerar temor, outras vezes utiliza as vias de fato para coibir sua liberdade, que através de agressões faz com que a vítima restrinja-se de realizar atos determinados. Por fim, outra incidência violenta dar-se-á na esfera patrimonial, onde o agressor utiliza de destruição do patrimônio da vítima como causa de vingança privada, tais casos, muita das vezes, estão atrelados a términos de relacionamento.
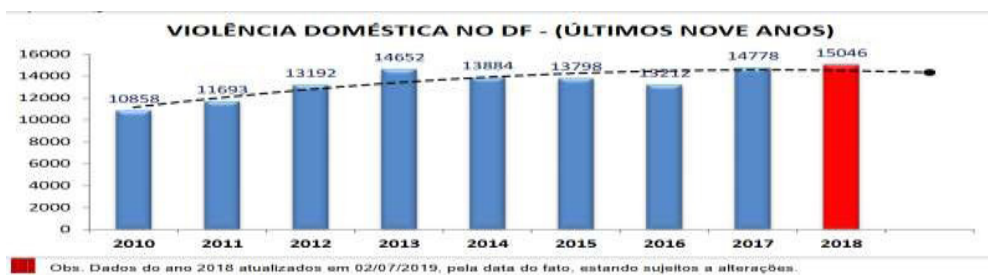
Gráfico 04: Violência Doméstica no DF Durante os Últimos 09 Anos.

Fonte: SSP-DF/2019

No transcurso dos nove anos, tipificados no gráfico, o índice extrapolou o previsto, ou seja, graças a ausência da fiscalização da aplicabilidade correta do texto legal, o índice de violência cresceu de forma exponencial e mesmo com as medidas adotadas pelo Estado o agressor não é punido de forma correta e em grande parte dos delitos, este volta a rua para delinquir e retirar o bem jurídico tutelado pela norma da vítima em questão.

3.1 Políticas Públicas Que Visam Coibir Tal Realidade

Para que seja minorada a situação de violência doméstica e familiar contra a

mulher, foram estipuladas inúmeras medidas contra tal situação danosa, por exemplo, a estipulação de programas governamentais, o advento do pacto de enfretamento a situações de violência, a estipulação da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, e a central de atendimento à mulher.

A Política Nacional para as Mulheres tem como convenção o dever de interferir nas atuações do Estados e tornar colateral o combate à desigualdade de gênero no país, não se olvidando que as mulheres têm diferentes experiências de vida e necessidades distintas. Para tanto, destacou a necessidade uma rede institucional incluindo diversos órgãos dos três níveis federativos.

Além desta Política Nacional para as Mulheres, derivou também dessas Conferências os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, obra da construção coletiva da sociedade civil e dos níveis municipal, estadual e federal. Avigorando o compromisso de manter diálogo com essas esferas e agenciando uma ação ordenada e articulada entre elas, assim, designando uma rede institucional entre Governo Federal, Estados e Municípios, que pudessem articular a assistência jurídica, social, serviços de saúde, segurança, educação e trabalho, transversalmente ao paradigma da responsabilidade pronunciada. Deixando a cargo da SPM a coordenação do Comitê de Articulação e Monitoramento (SPM, 2004).

Os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, definem as linhas estratégicas para a implementação das políticas sociais para mulheres que são estruturadas em circuito de quatro áreas estratégicas de atuação, quais sejam elas: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e, enfrentamento à violência contra as mulheres. Por abordar uma admirável temática onde tem-se o valor de alcançar a igualdade de gênero, raça e etnia, o combate a todo tipo de violência contra as mulheres é um eixo temático a parte que também é proferido com os demais eixos. Outrossim, as ações de enfrentamento a violências contra as mulheres deixam de se restringir apenas as áreas de segurança e assistência social e passam a ser combatida de forma colateral na intenção de garantir uma vida sem violência para as mulheres.

O I PNPM teve como um dos objetivos ao que se refere o combate e prevenção da violência contra as mulheres, a implantação de uma Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra as Mulheres, que foi efetivado pela SPM. A ideia ao criá-lo era ter uma diretriz que fosse capaz de envolver todos os agentes envolvidos no trabalho de garantir uma vida sem violência para as mulheres e unifique os serviços dentro de um mesmo marco teórico (SPM,2004).

A Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra as Mulheres coloca opiniões, diretrizes, princípios e eixos, já citados acima, que estruturam as ações que auxiliam e resguardam as mulheres em situação de violência. Além de apartar o monitoramento das políticas como ação basilar para a garantia do bom funcionamento e os avanços nas políticas públicas.

A Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra as Mulheres ainda define os tipos de violências de gênero que serão combatidas através das políticas, sendo primariamente: a violência doméstica, sexual, física, psicológica, patrimonial, institucional, moral, o tráfico de mulheres, a exploração sexual comercial de mulheres, de jovens e adolescentes. E após, em 2011, foram acrescentados os novos tipos de violência que são a exploração sexual de mulheres (sem fins comerciais), o assédio sexual e moral e o cárcere privado. Abrangendo as linhas de atuação das políticas públicas.

A Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra as Mulheres não se responsabiliza apenas sobre o conceito, mas também exibe a conciliação da Rede de Atendimento à Mulher em situação de violência, que incialmente fora composta pelos centros de referência, casas abrigo, as defensorias da mulher, os juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, a central de atendimento à mulher – ligue 180 e as ouvidorias. Sendo adicionadas, também em 2011, as casas de acolhimento provisório, os núcleos de atendimento à mulher, os núcleos ou postos de atendimento à mulher nas delegacias comuns, a ouvidoria da mulher da SPM, posto e atendimento humanizado nos aeroportos e o núcleo da mulher da casa do migrante.

Há que se falar no o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres que em 2007 foi implantado como parte da Agenda Social do Governo Federal, onde busca a junção entre governos dos três níveis federativos com a participação dos órgãos de múltiplos setores a fim de consolidar a política nacional de enfrentamento a violência contra as mulheres através da rede de políticas públicas. Este pacto apresenta os objetivos tais como metas, alguns modelos de gestão e interesses de implementação das políticas e é materializado em três fatos antecedentes: a transversalidade de gênero, a intersetorialidade e a capilaridade.

Na segunda variante do Pacto Nacional, que fora lançado em 2010, este já era estruturado em linhas, tais como a implementação da Lei Maria da Penha e fortalecimento dos serviços especializados de atendimento, proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e implementação do plano integrado de enfrentamento a feminização da aids; combate à exploração sexual e ao tráfico de mulheres; promoção dos direitos humanos das mulheres em situação de prisão (SPM,2010).

Posterior a criação do primeiro Pacto Nacional percebeu-se a precisão de uma releitura das sugestões e uma melhor adequação à realidade de todos os estados, juntamente com o Distrito Federal com novos linhas estruturais. Os cinco novos eixos são: a garantia da aplicabilidade da lei maria da penha, a ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência, a garantia da segurança cidadã e acesso à justiça e a garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos.

Deste modo, reafirma-se a convenção com as políticas direcionadas às mulheres, dando fundamental seriedade ao enfrentamento a violência contra as mulheres com a

ambição de expandir e aperfeiçoar as políticas públicas com a desígnio de acabar com todo tipo de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e difundir-se a igualdade entre todos os indivíduos.

A coordenadora das políticas direcionadas às mulheres (SEV) divide sua ação em quatro secretarias e o conselho nacional dos direitos da mulher. Dentre elas, uma é exclusiva para o enfrentamento à violência: a secretaria de enfrentamento à violência contra as mulheres (SEV).

A SEV se regula nas diretrizes do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, tendo como programas basilares o Ligue 180 (central de atendimento à mulher, que funciona 24h por dia durante todos os dias da semana. (Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2016).

O Programa "Mulher: Viver sem Violência", criado em 2013, tem como linhas a humanização do atendimento às vítimas de violência sexual, de acordo com o Decreto nº 7.958, de 13/03/2013, a criação da Casa da Mulher Brasileira, que busca centraliza servir a sociedade com delegacias individualizadas de atendimento à mulher (DEAM), juizados e varas, defensorias, promotorias, equipe psicossocial com psicólogas, assistentes sociais, sociólogas e educadoras, a fim de identificar aspectos de vida da mulher e prestar préstito em conjunto de orientação ao emprego e renda, tornando fácil o ascensão da mulher aos serviços, além de poder contar com um meio de transporte que ajudará no trajeto até o local.

Neste mesmo programa incluir-se a mudança do Ligue 180 para disque 180, transformando-o em um disque denúncia, encaminhando para a SAMU e Polícia Militar, caso necessário. Além de acrescentar a aptidão técnica, vive a apreensão de ampliação das redes de atendimento a mais dez países, com atendimentos também na Espanha, Itália e Portugal. A inquietação com o enfrentamento a violência ocorre não só em piso nacional, assim sendo, estão no projeto outros seis núcleos de atendimento às mulheres em situação de violência também nas fronteiras do Brasil com a Bolívia, Guiana Inglesa, Paraguai e Uruguai. (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2011).

4 I CONCLUSÃO

A violência contra a mulher é uma raiz comum da sociedade brasileira, haja vista que tal sociedade fundou-se sob a ótica portuguesa da família patriarcal na qual o poder sobre os entes familiares era realizado pela figura do pai e todos os demais ficavam subordinados a esse membro. Dessa maneira, a figura da violência em desfavor da mulher se tornou cada vez mais abrangente na sociedade como um todo e tal fator ensejou em uma grande preocupação da seara feminina.

A violência doméstica, no entanto, não é um mal que afeta somente os membros que

estão envolvidos na situação, mas sim acaba afetando toda a sociedade. Dessa forma, o ambiente social se torna maculado ao observar as situações de agressão em desfavor da mulher como algo normal e corriqueiro. Assim, faz-se necessário que o Estado realize uma intervenção mais forte para que o direito de tal membro social possa ser protegido.

Mormente, destaca-se que o Estado não deve somente fomentar o auxílio e o amparo das vítimas de violência doméstica, como também deve realizar políticas públicas e medidas legais que visem solucionar o problema. Ressalta-se que as mulheres que se encontram em uma situação de agressão aos seus direitos necessitam de atendimento especializado e de uma rede proteção com a qual possam contar de forma célere e a qualquer hora do dia.

Além disso, nota-se que o Brasil ainda destoa no sentido da erradicação de tal problemática, haja vista que os avanços em relação à proteção do direito da mulher ocorrem de forma menos abrupta e por consequência demoram em serem implementados. Mesmo que a Lei Maria da Penha apresente uma forma proteção contra a violência doméstica e familiar, sendo considerada por muitos organismos internacional como uma das mais importantes lei de proteção a mulher, ainda carece de melhorias de acordo com que a sociedade evolua.

Com o advento da Lei do Feminicídio e a estipulação de uma modificação nas qualificadoras do Código Penal, o legislador buscou aumentar ainda mais a proteção da mulher em relação aos crimes cometidos contra sua vida no caso em que sua imagem fosse tolhida em razão de seu sexo. Porém, por mais que ocorra uma maior proteção, ainda é necessário que seja realizada uma fiscalização da aplicação de tais medidas e que tais medidas sejam estipuladas de forma mais célere, tendo em vista a sensação de impunidade passada para o agressor e a forma com que esse, por vezes, não respeita os ditames legais. Infere-se, portanto, que as medidas adotadas pelo Estado para a proteção do direito da mulher conseguem garantir a proteção de seus direitos, mas que tal proteção ainda é insuficiente para realizar o desenraizamento de tal mácula originária da colonização que permeia a sociedade até os dias atuais. Dessarte que a responsabilidade para a garantia do direito da mulher transcende a esfera estatal e aplica-se a esfera social, porque a sociedade não pode realizar a adequação de tal comportamento danoso a seu escopo.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Código Penal.** Disponível em >> http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto- lei/del2848compilado.htm << Acesso 15/02/2021

BRASIL**, Constituição Federal da República**. Disponível em >> http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm << Acesso. 15/02/2021

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, Diário Oficial da União**, 08 ago. 2006. Acesso: 21/02/2021

BRASIL. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Lei do Feminicídio.** Disponível em>> http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm << Acesso:21/02/2021

CARVALHO, Kelly de Lima. **A (in) eficácia da Lei Maria da Penha e aplicabilidade das suas medidas protetivas de urgência.** Trabalho de conclusão de curso ASCES/UNITA. Direto. Caruaru. 2017.

DIAS, Maria Berenice. A Lei Maria da Penha na Justiça: **a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher.** 2.ed. rev., anual. E ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

DIAS, Maria Berenice. **Lei Maria da Penha. A efetividade da Lei 11.340/2006 de combate** à violência doméstica e familiar contra a mulher. 4ª Edição. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais 2014.

G1, GLOBO. Abril. **Bolsonaro Sanciona Lei Que Permite A Policial Afastar Agressor Da Mulher Sem Aval Da Justiça.** Disponível em >> https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/05/14/bolsonaro-sanciona-lei-que-permite- protecao-a-mulher-agredida-sem-autorizacao-judicial.ghtml << Acesso: 04/02/2021

NEGRELLI, Tamires Bruno. **Lei Maria Da Penha X Ineficácia Das Medidas Protetivas.** Disponível em >> https://monografias.brasilescola.uol.com.br/direito/lei-maria-penha-x- ineficacia-das-medidas-protetivas.htm << Acesso: 14/02/2021

PORTO, Pedro Rui da Fontoura. **Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher: análise crítica e sistêmica.** 1. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, p.95.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL, SSP-DF. **Violência Doméstica do Distrito Federal Nos Anos de 2018 e 2019.** Disponível em >> http://www.ssp.df.gov.br/ << Acesso: 21/02/2021

STREY, Marlene Neves. **Violência De Gênero: Uma Questão Complexa E Interminável.** In: STREY, Marlene Neves; AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer; JAEGER, Fernanda Pires; (Org.) Violência, gênero e políticas públicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p. 13-44.

TELES, Maria Amélia de Almeida; MELO, Mônica de**. O Que é Violência Contra a Mulher.** São Paulo: Brasiliense, 2002.

CAPÍTULO 11

MANEJO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES HIPERTENSOS

Data de aceite: 01/11/2021
Data de submissão: 30/09/2021

Heleno Viriato de Alencar Vilar
UNIFTC
Jequié - Bahia
http://lattes.cnpq.br/5732376320587109

Joana Machado Wan Der Maas
UNIFTC
Jequié - Bahia
http://lattes.cnpq.br/9060437223830513

Diego Pinheiro dos Santos
UNIFTC
Jequié - Bahia
http://lattes.cnpq.br/5852252742680273

Alana Lado da Silva
UNIFTC
Jequié, Bahia, Brasil
http://lattes.cnpq.br/7178679514473588

Marcela Cardoso Damasceno
UNIFTC
Jequié - Bahia
http://lattes.cnpq.br/7152617379384313

Nilena Santos Araújo
UNIFTC
Jequié - Bahia
http://lattes.cnpq.br/8575615876531692

Erika Costa da Silva
UNIFTC
Jequié - Bahia
http://lattes.cnpq.br/9619044052435637

Isac Batista Nogueira
UNIFTC
Jequié - Bahia
http://lattes.cnpq.br/7178679514473588

Isis Almeida Andrade
UNIFTC
Jequié - Bahia
http://lattes.cnpq.br/2274351313420243

Marcos Pedroza Oliveira
UNIFTC
Jequié - Bahia
http://lattes.cnpq.br/2625125761863507

RESUMO: Pesquisas apontam que aproximadamente 30 milhões de indivíduos apresentam hipertensão arterial no Brasil, a maioria desses portadores desconhecem que possuem essa condição. A Hipertensão Arterial é compreendida como uma patologia caracterizada pela elevação anormal da pressão sanguínea. É imprescindível o conhecimento por parte do cirurgião-dentista, acerca da fisiologia dessa doença, consequências e possíveis complicações que possam ocorrer durante o atendimento. Tendo em vista tal importância, este estudo tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre como manejar pacientes hipertensos na clínica odontológica, com informações importantes para profissionais e estudantes da área odontológica. É explícito apontar a necessidade do odontólogo em ter conhecimento sobre as necessidades dos pacientes hipertensos, com o intuito de que possa tratá-los com segurança e êxito, sem o risco de agravar a saúde dos pacientes, assim,

é indispensável que esteja atualizado em relação aos distúrbios metabólicos, e as suas complicações.
PALAVRAS-CHAVE: HAS. Saúde Bucal. Saúde Coletiva.

DENTAL MANAGEMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS

ABSTRACT: Research shows that approximately 30 million individuals have arterial hypertension in Brazil, most of these patients are unaware that they have this condition. Hypertension is understood as a pathology characterized by abnormal elevation of blood pressure. It is essential for the dentist to know about the physiology of this disease, its consequences and possible complications that may occur during care. In view of this importance, this study aims to deepen the knowledge on how to manage hypertensive patients in the dental clinic, with important information for professionals and students in the dental field. It is explicit to point out the need for the dentist to have knowledge about the needs of hypertensive patients, in order to be able to treat them safely and successfully, without the risk of worsening the health of patients, so it is essential that it is updated in relation to metabolic disorders, and their complications.
KEYWORDS: SAH. Oral Health. Public Health.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é compreendida como uma patologia caracterizada pela elevação anormal da pressão sanguínea, sendo a pressão sistólica ≥ 140mmHg e a diastólica ≥ 90mmHg em pessoas que não utilizam medicações anti-hipertensivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Caso não haja o controle dessa doença, o paciente pode apresentar complicações graves, tais como: problemas renais, trombose e acidentes cerebrovasculares, o que faz da hipertensão um relevante agravo na saúde pública brasileira (OLIVEIRA; SIMONE; RIBEIRO, 2010).

De acordo com Malachias et al. (2016), a avaliação inicial de um paciente hipertenso inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeita e a identificação da causa secundária.

No que se refere aos dados epidemiológicos, pesquisas apontam que aproximadamente 30 milhões de indivíduos apresentam HA no Brasil, todavia a maioria desses portadores desconhecem que possuem essa condição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Além disso, nos Estados Unidos, cerca de 33,3% da população, ou seja, 70 milhões de indivíduos apresentam essa condição (YAGIELA, HAYMORE, 2007).

Nesse sentido, o indivíduo com HA necessita de cuidados especiais no atendimento odontológico. Dessa forma, é imprescindível o conhecimento por parte do cirurgião-dentista, acerca da fisiologia dessa doença, consequências e possíveis complicações que possam ocorrer durante o atendimento ou, ainda, por decorrência do uso dos anestésicos locais e de fármacos instituídos na terapêutica medicamentosa, tendo em vista que a utilização de medicações anti-hipertensivas culminam com a íntima ligação dos pacientes

em atendimento odontológico. Uma vez que, tais drogas são capazes de gerar efeitos adversos que afetam a saúde bucal, tais como: hiperplasia gengival, xerostomia, gengivite, entre outras alterações (UCHÔA et al., 2017).

Por tudo isso, faz-se necessário enfatizar a relevância do cirurgião-dentista, conhecer acerca das doenças de base, como a hipertensão, visando o preparo de um manejo adequado para cada paciente, bem como a compreensão das possíveis complicações que possam surgir durante o atendimento e as interações farmacológicos e dos anestésicos, objetivando uma prática clínica de excelência (SOUZA et al., 2019).

REVISÃO DE LITERATURA

Segundo as pesquisas do ministério da saúde, cerca de 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras são diagnosticadas com HA. Devido a essa condição aumentar com a idade, pessoas com mais de 65 anos são os mais afetados por essa doença. Dados de 2017 apontam que ocorrem cerca de 388,7 óbitos por dia devido à HA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A HA é conceituada como uma elevação na pressão sanguínea gerando assim uma pressão arterial sistólica igual ou maior a 140mmHg e uma pressão arterial diastólica igual ou maior a 90mmHg em pessoas que não utilizam anti-hipertensivos (NASCIMENTO et al., 2011).

O cirurgião-dentista deve traçar estratégias para o atendimento seguro de pacientes com HA, seja ela primária ou secundária. Portanto, é de suma importância que o cirurgião-dentista obtenha informações sobre as condições gerais de saúde do seu paciente através de uma anamnese criteriosa, do exame físico e, caso necessário, manter o contato com o médico que o acompanha, pois, essas informações são importantes para obter um diagnóstico preciso e uma terapêutica adequada. O controle da ansiedade e da dor trans e pós-operatória são fatores importantes no atendimento desses pacientes, pois segundo pesquisas o estresse gera alterações fisiológicas frente a procedimentos odontológicos podendo gerar aumento na pressão arterial e frequência cardíaca. Assim, o cirurgião-dentista deve estar apto para introduzir métodos para o controle da ansiedade, identificar possíveis interações medicamentosas e efeitos adversos na saúde bucal do paciente (KIGNEL, 2013).

De acordo com Malachias et al. (2016), a HA é uma condição clínica multifatorial. Ela pode ser classificada de acordo com a sua etiologia e gravidade. Relacionada à etiologia, pode ser classificada em primária (essencial) e secundária. Segundo Vaz e colaboradores (2012), a hipertensão primária é de origem multifatorial (incluindo mecanismos hemodinâmicos, neuronais, hormonais e renais), pelo que não é possível identificar uma causa única da elevação crônica na pressão sanguínea, seu tratamento consiste com o uso ou não de medicamento. Já a secundária acontece quando uma causa preexistente é

a causadora da elevação da pressão arterial. Nessa situação, a enfermidade é passível de cura, uma vez que se remove a sua causa primária.

Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007), a elevação da pressão arterial é um fator de risco independente, linear, e contínuo para doenças cardiovasculares. Dessa forma, cabe ao cirurgião dentista o conhecimento para diagnosticar ou suspeitar de uma anormalidade na pressão arterial. Já que os cirurgiões têm um contato maior com os pacientes, quando regular, visitam os consultórios a cada seis meses, e é de fundamental importância que o profissional faça a aferição da pressão arterial antes de todo atendimento clínico, a fim de conhecer o seu paciente, e se necessário, alertá-lo quando esses níveis pressóricos estiverem alterados. Deve-se considerar também a chamada "crise do jaleco branco" que consiste numa elevação da pressão, quando o paciente fica na expectativa e tensão do atendimento médico, ou odontológico, mas que se mantém normal em outras situações cotidianas.

No atendimento odontológico, temos inúmeras formas de tentar evitar ou controlar essas alterações na pressão. Como exemplo, protocolos de redução da ansiedade, com sedação via ansiolíticos, fitoterápicos ou, até mesmo, sedação por óxido nitroso (KIGNEL, 2013).

Para Costa, Gasparini e Valsecia (2003) e Gusmão et al. (2009), os bloqueadores dos canais de cálcio podem induzir alterações no metabolismo do colágeno, responsável pelo surgimento da hiperplasia gengival.

Gusmão et al. (2009) relatou a ocorrência de pacientes com crescimento gengival que fazem uso desses medicamentos, especialmente a nifedipina. Essa manifestação foi descrita na literatura na década de 80, tendo uma prevalência em torno de 15 a 81%, onde o volume gengival pode ser diferenciado entre os indivíduos.

Há outros efeitos colaterais, menos comuns, que incluem leve redução da hemoglobina, alterações no paladar, leucopenia e angioedema intestinal (GONZAGA; PASSARELLI; AMODEO, 2009).

Díaz e Rodríguez (2009) relacionam o uso de inibidores de conversão de angiotensina com alterações do paladar, além de hipossalivação, úlceras aftosas, pênfigo bolhoso, angioedema como manifestações orais mais comuns.

A hipossalivação está presente como efeito adverso na maioria dos medicamentos anti-hipertensivos, pois essas drogas têm como mecanismo de ação a redução do fluxo simpático de várias formas, inibindo a recaptação das catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), diminuindo a neurotransmissão adrenérgica ou diminuindo a resposta ao estímulo simpático. Desta forma, o efeito causado nesses receptores é a diminuição do estímulo secretor das glândulas salivares (COSTA et al., 2013). Díaz e Rodríguez (2009) também relataram hipossalivação com o uso de betabloqueadores.

Sendo assim, parece que a tosse seca, efeito mais presente, está ligada ao uso do captopril, já que os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) têm como

principais efeitos colaterais: tosse seca, alteração do paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade com erupção cutânea e edema angioneurótico. A tontura, segundo efeito mais presente, provavelmente está relacionada à hipotensão postural, efeito provocado pela magnificação dos inibidores da ECA quando associados com os tiazídicos (GOMES, et al. 2009).

O ressecamento da cavidade oral provavelmente está relacionado ao uso da hidroclorotiazida, pois dentre seus efeitos indesejáveis incluem-se: sabor desagradável, boca seca, fraqueza, cãibras musculares, irritação gastrintestinal, erupção cutânea, fotossensibilidade, hipocalemia, hiponatremia, hiperglicemia, hiperuricemia, hipercalcemia, impotência sexual, pancreatite, mielodepressão, púrpura, podendo ainda provocar disfunção sexual. A alteração do paladar pode estar presente devido ao uso dos dois medicamentos, já que ambos têm como efeitos indesejados (GOMES, et al. 2009). Nesse contexto, não há como negar que diante dos conhecimentos supracitados, constata-se a necessidade dos cirurgiões-dentistas de saberem a melhor conduta com os pacientes hipertensos. Além disso, a prevenção das patologias e um bom prognóstico são essenciais para o sucesso do tratamento.

O tratamento para pacientes hipertensos envolve fatores que estão diretamente relacionados, que implica na combinação da terapia farmacológica, associada à reeducação alimentar e a prática de exercícios, de preferência cotidianamente (INDRIAGO, 2007).

Diante disso, a prescrição correta dos medicamentos é um princípio fundamental na abordagem frente ao paciente hipertenso. Para isso, o cirurgião dentista deverá estar atento ao prescrever anti-inflamatórios, tendo em vista que estes medicamentos podem intervir no mecanismo de ação dos fármacos anti-hipertensivos. Ademais, a prescrição de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) pode minimizar a ação anti-hipertensiva dos betabloqueadores (propanolol), como também os inibidores da ECA (captopril), e ainda diuréticos (furosemida) (GOMES et al. 2009; CARVALHO; BORGATTO; LOPES, 2010).

Para mais, os AINE reduzem a síntese de prostaglandinas, que são fundamentais para metabolização de agentes hipertensivos, por essa razão, há contraindicações. De modo consequente, a indicação desse fármaco provoca retenção de sódio e aumento do volume de líquido intravascular e elevação da pressão arterial (NASCIMENTO et al., 2011).

Além disso, existem limitações quanto à prescrição de analgésicos, como por exemplo, o AAS, para pacientes que fazem o uso de anticoagulantes, tal como nos pacientes que utilizam anti-hipertensivos dos grupos dos inibidores da ECA (captopril) (NASCIMENTO et al., 2011).

Também, em casos em que o paciente possua hipertensão controlada e após o procedimento apresente dor leve ou moderada, poderá ser tratado com AINE do tipo paracetamol ou dipirona, por até 24 horas. Ainda, caso a expectativa de dor seja intensa ou moderada, poderá ser tratada com AINE do tipo diclofenaco de potássio ou naproxeno, por até 4 dias. Para manter o paciente seguro e um tratamento eficaz, é necessário o contato

do cirurgião dentista com o cardiologista do paciente (TERRA, 2008).

Na Odontologia, os procedimentos clínicos constituem fatores decisivos para a erradicação da dor. Na conduta odontológica, o controle da sensação dolorosa começa, na maioria das vezes, pela administração de uma solução anestésica local (ALMEIDA, 2001).

O primeiro anestésico local empregado por Nieman, em 1860, foi a cocaína, isolada da Erytroxcolon coca. Em 1880, Von Srep relatava os benefícios da cocaína, que seria eficaz em procedimentos odontológicos e médicos. No ano de 1905, Ein Horn sintetizou a procaína, considerada a descoberta dos anestésicos locais, substância empregada ainda hoje (TORTAMANO, 2001).

Os anestésicos locais são definidos como drogas que, quando em contato com fibras nervosas, bloqueiam temporariamente a conduta de impulsos. A grande vantagem de ordem prática dos anestésicos locais é o fato de sua ação ser totalmente reversível, determinando perda das sensações sem alterações do nível de consciência. Após o término do efeito anestésico, há recuperação completa da função nervosa sem que se evidencie nenhum dano estrutural nas células ou nas fibras nervosas (SANTOS et al., 2001).

Um estudo realizado por Feitosa et al. (2010) avaliou como os odontologistas escolhem e previnem complicações sistêmicas quando utilizam anestésicos locais. Esse estudo mostrou que o erro mais comum dos cirurgiões dentistas é padronizar um tipo de anestésico para todos os pacientes independente da condição sistêmica do mesmo. Assim, o trabalho mostra que para realizar escolha do anestésico deve-se levar em consideração o tempo do procedimento, se irá realizar cirurgia ou não, condição sistêmica do paciente e potencial de toxicidade do anestésico. Para evitarem-se complicações, uma anamnese adequada e avaliação criteriosa das condições sistêmicas do paciente são bases fundamentais para fazer a escolha certa dos anestésicos, sobretudo em casos de necessidades especiais.

Para Tortamano e Armonia (2001), os cirurgiões dentistas em geral encontram dificuldades para tratar pacientes hipertensos, porque temem o uso de anestésicos locais com vasoconstritor e as interações medicamentosas que podem ocorrer com os anti-hipertensivos.

Somado a isso, o hipertenso que já se encontra em tratamento médico pode ser considerado compensado, quando mantém a pressão diastólica até o nível de 100 mmHg. Nesses pacientes, o uso de vasoconstritor incorporados às soluções anestésicas locais não é contraindicado, podendo ser empregada a adrenalina 1:100.000, em doses pequenas, sendo o ideal não ultrapassar o limite de 2 tubetes por sessão. Outra opção é o uso do vasoconstritor felipressina 0,03UI/ml, associado à prilocaína 3%, por não produzir efeitos no sistema cardiovascular (ANDRADE, 2002).

Para pacientes com hipertensão severa, com pressão sistólica acima de 189mmHg, nenhum tratamento odontológico deve ser realizado. Eles devem ser enviados para tratamento em hospital, onde, além da assistência odontológica, poderão contar com

assistência médica adequada (ALMEIDA, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É explícito apontar a necessidade do odontólogo em saber as necessidades dos pacientes hipertensos, com o intuito de que possa tratá-los com segurança e êxito, sem o risco de agravar a saúde dos pacientes, assim, é indispensável que esteja atualizado em relação aos distúrbios metabólicos, e suas complicações.

Nesse contexto, infere-se ainda, a importância do papel do cirurgião-dentista em atender adequadamente esses pacientes, que em sua grande maioria não sabem que são portadores de hipertensão, sendo importante o seu encaminhamento para um serviço médico, para a confirmação dos diagnósticos e início do tratamento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. M. **Controle medicamentoso da dor**. In: ESTRELA, C. **Dor odontogênica**. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

ANDRADE, E. D. Terapêutica medicamentosa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica - Hipertensão Arterial**. n. 15. 2006. 58 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acesso em: 19 março 2020.

CARVALHO, V. A. P.; BORGATTO, A. F.; LOPES, L. C. Nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas de São José dos Campos sobre o uso de anti-inflamatórios não esteróides. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1773-1782, 2010.

COSTA, S. R.; GASPARINI, D.; VALSECIA, M. E. Hiperplasia gingival fibrosa inducida por fármacos en el NEA. Universidad Nacional del Nordeste. **Comunicaciones Científicas y Tecnológicas**. Resumen: M-038, 2003.

DÍAZ, A. N.; RODRÍGUEZ, V. A. M. Manifestaciones bucales en pacientes hipertensos bajo tratamiento anti-hipertensivo. **Arch Inv Mat Inf**., Toluca, v. 1, n. 2, p. 90-94, 2009.

FEITOSA, R. W. C. et al. Anestesicos locais: como escolher e prevenir complicações sistêmicas. **Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac**., v. 51, n. 2, p. 113-120, 2010.

GOMES, M. A. M. et al. Efeitos colaterais da associação captopril-hidroclorotiazida. **Rev SOCERJ**, v. 22, n. 5, p. 303-308, 2009.

GONZAGA, C. C.; PASSARELLI, J. R., O.; AMODEO, C. Interações medicamentosas: inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos receptores da angiotensina II, inibidores diretos da renina. **Rev Bras Hipertens**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 221-225, 2009.

GUSMÃO, E. S. et al. Diagnóstico e tratamento do aumento gengival induzido por drogas. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac**., Camaragibe, v. 9, n. 1, p. 59 - 66, 2009.

INDRIAGO, A. J. A. A. Manejo odontológico do paciente hipertenso. **Acta Odontol Venezoel**, v. 45, n. 1, p. 1-8, 2007.

KIGNEL, Sergio et al. **Estomatologia:** Bases do diagnóstico para o clínico geral. 2º ed. São Paulo: Santos, 2013.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2 - Diagnóstico e Classificação. **Arq. Bras. Cardiol**., v. 107, n. 3, Suppl 3, 2016 https://doi.org/10.5935/abc.20160152

NASCIMENTO, E. M. et al. Abordagem odontológica de pacientes com hipertensão – um estudo de intervenção. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 16, n. 1, p. 30-35, jan./abr. 2011.

SANTOS, S. T. et al. Abordagem atual sobre hipertensão arterial sistêmica no atendimento odontológico. **Ondontol Clín Científ**, v. 8, n. 2, p. 105-109, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Diretriz. **Arq. Bras. Cardiol**., v. 89, n. 3, 2007. https://doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012

SOUZA, Amanda Cristina de Magalhães et al. Abordagem e cuidados do cirurgião dentista em pacientes com hipertensão arterial. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Recife, v. 4, n. 2, p. 59-68, Julho. 2019.

TERRA, R. N. **Procedimentos odontológicos frente ao paciente com hipertensão arterial sistêmica.** [Trabalho de conclusão de curso]. São José dos Campos: Universidade Estadual Paulista; 2008. 32p.

TORTAMANO, N. ARMONIA, P. L. **Guia terapêutico odontologico**. São Paulo; Santos; 2001.

VAZ, I. et al. Drug-induced anaphylaxis: a decade review of reporting to the Portuguese Pharmacovigilance Authority. **Eur J Clin Pharmacol.**, v. 69, p. 673-681, 2013.

SOBRE A ORGANIZADORA

BIANCA NUNES PIMENTEL - Possui graduação em Fonoaudiologia (2014) pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Em 2017 obteve seu Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana pela UFSM, na linha de pesquisa Audição e Equilíbrio: Avaliação, Habilitação e Reabilitação, aplicado à investigação de aspectos otoneurológicos no Acidente Vascular Cerebral e seu Doutorado, em andamento, na mesma linha de pesquisa, aplicado à Avaliação e Reabilitação Vestibular no Traumatismo Cranioencefálico. Especializou-se em Epidemiologia (2020) e em Saúde Coletiva (2020) pela União Brasileira de Faculdades (UniBF), desenvolvendo trabalhos sobre os aspectos epidemiológicos do Traumatismo Cranioencefálico. Atuou como Professora Substituta ministrando as disciplinas de Avaliação e Reabilitação do Equilíbrio; Linguagem e Desenvolvimento Humano; Biossegurança e Ética; Fonoaudiologia e Saúde Coletiva; Práticas Clínicas em Fonoaudiologia Hospitalar; Políticas Públicas em Saúde e Educação junto ao Departamento de Fonoaudiologia, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria. Tem experiência em Fonoaudiologia, Audiologia e Saúde Coletiva. Atualmente, a autora tem se dedicado à Otoneurologia desenvolvendo estudos na área da avaliação e reabilitação das funções oculomotora e vestibular, com publicações em livros e periódicos em Ciências da Saúde.

ÍNDICE REMISSIVO

A

C

D

E

H

I

L

M

N

P

R

S

T

U

V

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

INTERSECÇÕES ENTRE SAÚDE, EDUCAÇÃO E DIREITOS HUMANOS:

Da pesquisa às políticas públicas